UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1920 — N° 37

La Syphilis Pseudo-Cancéreuse

DE

L'ESTOMAC

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 7 Juillet 1920

PAR

Gabriel RÖSCH

Né à Sidi-bel-Abbès (départ. d'Oran), le 9 Septembre 1890

MEMBRES DU JURY :

MM. SOULIÉ, Professeur de Pathologie générale et Microbiologie, *Président.*
HÉRAIL, Professeur de Matière médicale et thérapeutique.
E. CABANES, Chargé des Fonctions d'Agrégé (Chirurgie).
RAYNAUD, chargé des fonctions d'Agrégé (Médecine). } *Juges*

ALGER
SOC. AN. DES ANC. ÉTABL. D'IMPRIMERIE F. MONTÉGUT
12, Rue Charras, 12

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1920 — N° 37

La Syphilis Pseudo-Cancéreuse

DE

L'ESTOMAC

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 7 Juillet 1920

PAR

Gabriel RÖSCH

Né à Sidi-bel-Abbès (départ. d'Oran), le 9 Septembre 1890

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEMBRES DU JURY :

MM. SOULIÉ, Professeur de Pathologie générale et Microbiologie, *Président.*
HÉRAIL, Professeur de Matière médicale et thérapeutique.
E. CABANES, Chargé des Fonctions d'Agrégé (Chirurgie).
RAYNAUD, chargé des fonctions d'Agrégé (Médecine).
} *Juges*

ALGER
SOC. AN. DES ANC. ÉTABL. D'IMPRIMERIE F. MONTÉGUT
12, Rue Charras, 12

1920

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O, , I. ✪).
ASSESSEUR ..... HERAIL (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (✱, I. ✪).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✪)
Chimie biologique et toxicologie		MAILLARD (✱, I, ✪) ✪
Chimie médicale		X...
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (O, ✱, I. ✪).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✱ I. ✪).
Clinique ophtalmologique		CANGE (✱, I. ✪).
Clinique médicale infantile		CRESPIN (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		GILLOT (I. ✪),
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT (✱I.✪MA.O ✪
Histologie		ARGAUD (✱, I. ✪).
Hygiène		CHASSEVANT(✱I.✪. ✪)
Médecine légale		MICHELEAU (✱ A. ✪),
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale et microbiologie.		SOULIÉ (✱, I. ✪).
Pharmacie		MUSSO (A. ✪).
Physiologie		TOURNADE (✱).
Physique médicale		DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O ✱)
REY (✱, I. ✪).
BATTANDIER (I. ✪).
Th. MALOSSE (I. ✪ ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M LEBLANC (✱, I. ✪)

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM.	FERRARI.
Chirurgie		E. CABANES (✱, I, ✪.
		LOMBARD.
Médecine		M. RAYNAUD.
		DUMOLARD.
		MARCHAND.
Accouchements		FUSTER (✱, I. ✪).
Chimie		H. MALOSSE (I. ✪).
Pharmacie et matière médicale		X...
Parasitologie et sciences naturelles...		X...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la mémoire de mon Frère, victime de la guerre,

A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MES FILS

A MES BEAUX-PARENTS

A mon Ami Jean Pagès

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SOULIE

Professeur de pathologie générale et de microbiologie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

A MES JUGES

A MES MAITRES

DE L'ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE NAVALE

DE TOULON

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

ET DE L'HÔPITAL DE MUSTAPHA.

Je dédie cette thèse.

G. R.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales si longtemps interrompues par les événements tragiques de ces dernières années, nous avons à cœur de dire à la Faculté d'Alger combien nous devons à l'enseignement de ses Maîtres.

Un de ceux-ci, Monsieur le Professeur BRAULT, est aujourd'hui disparu. Ce clinicien éminent nous montra, le premier, le rôle immense de la syphilis en pathologie. Il est de notre devoir de le rappeler en présentant cette thèse, consacrée à une forme peu connue de la syphilis viscérale.

A notre retour à Alger, Monsieur le Professeur ROUVIER a bien voulu nous accueillir dans son service. Nous le prions respectueusement d'accepter ici nos remerciements pour l'enseignement magistral et l'instruction pratique que nous y avons reçus.

Que Monsieur le Docteur GOINARD soit assuré de notre gratitude pour sa bienveillance à notre égard, et pour le grand service qu'il nous a rendu si obligeamment dans une circonstance récente.

Monsieur le Docteur COUDRAY nous a indiqué le sujet de notre thèse. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Nous aurions désiré soumettre notre travail à Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL. On trouvera plus loin une belle observation de son service. Nous le prions d'accueillir nos regrets. Nous garderons dans

notre vie médicale le souvenir de ses belles leçons cliniques et du séjour si profitable que nous avons fait dans son service.

Monsieur le Professeur GILLOT a eu l'amabilité de lire notre travail et de lui donner son approbation. Nous l'en remercions vivement.

Monsieur le Professeur SOULIÉ a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait.

Monsieur le Professeur CRESPIN nous a procuré quelques documents bibliographiques intéressants. Nous l'en remercions très respectueusement.

Nous n'oublierons pas nos camarades d'études : les Docteurs HOUEL, SCAL, GRUNY ; PELLERIN, notre compagnon de captivité ; VIGUIER, avec qui nous avons en commun le terrible souvenir de la journée du Kemmel ; POINSIGNON, dont nous avons pu apprécier depuis longtemps l'excellente amitié.

En terminant, donnons une pensée aux morts de la guerre, et en particulier à nos camarades de Faculté et d'Hôpital. Pour que leur sacrifice ne soit pas inutile, travaillons !

Chapitre I

LE ROLE ET LA FREQUENCE DE LA SYPHILIS DANS LES AFFECTIONS GASTRIQUES

La connaissance de la syphilis gastrique n'est pas de date récente. Depuis Andral, cette affection a été signalée par un grand nombre de cliniciens. On ne peut pas dire cependant que ce soit une maladie classique et les traités de médecine ne lui accordent qu'une place restreinte. Et pourtant, depuis Andral, des maîtres comme Dieulafoy et Fournier, pour ne citer que ceux-là, ont pressenti ou proclamé que la syphilis n'occupe pas la place qu'elle mérite dans la pathologie gastrique.

La fréquence de la syphilis de l'estomac est encore mise en doute à l'heure actuelle. Nous ferons à ce sujet une remarque qui nous paraît avoir son importance. Dans bien des cas de gastropathies chroniques on se contente d'un diagnostic de lésion : gastrite, ulcère, ou néoplasme. On ne cherche pas à remonter au diagnostic étiologique. C'est en s'attachant davantage à ce dernier qu'on pensera plus souvent à la syphilis. Peut-être s'apercevra-t-on alors qu'elle attaque l'estomac plus souvent qu'on ne le prétend.

Nous citerons l'exemple de Bensaude et Rivet qui, ayant porté leur attention sur ce point, ont pu dépister dix cas de syphilis de l'estomac dans un temps relativement court. Ces dix cas auraient reçu les étiquettes les plus disparates si les auteurs s'étaient contentés du diagnostic lésionnel.

Cependant, il n'est guère possible de donner des chiffres, même approximatifs. Les estimations des

auteurs varient dans des proportions énormes. Pour l'ulcère de l'estomac, qui a surtout été en vue dans ces estimations, on a évalué la fréquence de l'origine syphilitique à 10 0/0 des cas (Engel, Neumann), et même à plus de 20 0/0 (Lang). En revanche, Galliard ne trouve qu'une dizaine de fois la syphilis sur plusieurs centaines d'ulcères de l'estomac, et Chvostek, cité par Galliard, dans un ordre d'idées voisin, une fois sur 143 cas d'ulcères duodénaux. Plus récemment, Castaigne, sur 40 ulcères gastriques, a trouvé huit fois une réaction de Wassermann positive. Sur ces huit cas, cinq avaient des antécédents spécifiques et quatre furent guéris par le traitement mercuriel associé à la thérapeutique symptomatique qui était restée insuffisante.

En 1911, Hayen disait rencontrer par an quatre ou cinq cas de syphilis de l'estomac.

La proportion de la syphilis gastrique par rapport aux autres manifestations de la maladie, est également très mal connue. Il est intéressant de signaler ici une statistique de Lacapère portant malheureusement sur un nombre trop restreint de cas. Sur 2.850 malades indigènes soignés par lui à Fez, Lacapère a trouvé 57 syphilis viscérales et 166 syphilis nerveuses. Les 57 syphilis viscérales se répartissent de la façon suivante :

Testicules	30 cas
Estomac	9 —
Cœur	8 —
Reins	3 —
Poumons	3 —
Foie	1 —
Intestins	1 —
Syphilis ano-rectale.....	2 —

La syphilis gastrique représente donc 3 pour 1.000 de l'ensemble des malades et 15,8 0/0 des cas de sy-

philis viscérales. Le rang qu'elle occupe parmi celles-ci est d'autant plus remarquable que la syphilis du testicule est très répandue chez les indigènes du Nord de l'Afrique, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte autrefois dans le service de M. le Professeur Brault. Tandis que la syphilis viscérale dans son ensemble, est rare chez eux, comme le remarque Lacapère lui-même.

Si on établit une comparaison avec les cas de syphilis nerveuse de la même statistique, on voit que la syphilis gastrique a été trouvée plus fréquemment que le tabes et la paralysie générale qui y figurent respectivement pour 3 cas et pour 1 cas, plus fréquemment aussi que les autres accidents nerveux syphilitiques, sauf les céphalées, les méningites chroniques et les paraplégies.

Quoi qu'il en soit de la fréquence réelle de la syphilis stomacale, un fait ressort des observations publiées. Elle a été assez souvent découverte au cours d'une opération ou sur la table d'autopsie. Ce sont des faits qui incitent à réfléchir. Et encore ne pouvons-nous savoir combien de méprises pareilles ont été commises chez des malades qui n'ont été ni opérés ni autopsiés. La possibilité de ces erreurs doit engager le médecin à ne pas omettre la syphilis dans la discussion du diagnostic. C'est là une règle qui n'est pas valable seulement pour les maladies de l'estomac. Elle est d'ordre général et ce serait une banalité d'en parler si, malheureusement, on ne l'oubliait en maintes occasions.

La syphilis de l'estomac n'est pas évidente par elle-même. Pour la trouver, il faut la chercher. Beaucoup l'ont trouvée en la cherchant. Il n'y a pas de raison pour que tout médecin n'en fasse pas autant et n'arrive pas aux mêmes conclusions relativement à son importance.

Chapitre II

LES FORMES DE LA SYPHILIS GASTRIQUE

La syphilis gastrique est très polymorphe. Elle est susceptible de prendre les aspects les plus variés et les plus inattendus. On peut dire qu'elle revêt le masque de toutes les affections de l'estomac sans exception. On a cité, surtout au cours de la période secondaire, des cas de gastrite aiguë, de vomissements incoercibles, de boulimie.

Mais la plupart des cas publiés se rapportent aux grands syndromes classiques. Fournier, Galliard, Barbier, les groupent sous trois chefs :

1° Syphilis à forme de gastrite chronique;

2° Syphilis à forme d'ulcère rond;

3° Syphilis à forme de cancer gastrique.

Barbier englobe dans ce troisième groupe les sténoses pyloriques, et dans le second, les cas rappelant l'exulceratio-simplex. Il y joint la gastrite aiguë tertiaire qui est très rare.

Hayem, négligeant les formes de gastrite chronique, adopte quatre types :

1° Ulcération avec hématémèses simulant l'ulcère;

2° Sténose bénigne de cause indéterminée, sans tumeur, simulant une sténose de cause extrinsèque;

3° Tumeur pylorique, ou prépylorique simulant le cancer du pyore;

4° Syphilis simulant une sténose pylorique cancéreuse.

La classification anatomo-pathologique de Pater correspond aux différentes espèces cliniques. Il distingue : 1° La gastrite diffuse inflammatoire; 2° les néoformations gommeuses; 3° les ulcères; 4° les cicatrices; 5° les sténoses.

Nous pensons que les distinctions cliniques n'ont rien d'absolu. Le syndrome de chaque forme ne se retrouve pas toujours au complet, et les symptômes appartenant à des formes différentes peuvent se rencontrer dans le même cas.

Quant aux divisions anatomo-pathologiques, elles répondent à des stades plus ou moins avancés de la même lésion, l'infiltration scléro-gommeuse des tuniques stomacales. Cette infiltration est très souvent combinée avec les altérations des vaisseaux, si fréquentes dans les lésions syphilitiques. L'infiltration de cellules embryonnaires est d'ailleurs souvent signalée comme étant à prédominance périvasculaire.

Elle débute en général au niveau de la sous-muqueuse. De là elle progresse de part et d'autre vers la muqueuse et la musculeuse, dissociant et atrophiant les parties nobles de l'organe, les glandes et les faisceaux musculaires. Elle peut même gagner le tissu sous-séreux, déterminant une périgastrite très étendue et des adhérences de l'estomac aux organes voisins. Les ganglions de la région sont souvent envahis.

L'infiltration peut rester diffuse et amener des symptômes de gastrite banale. Elle peut aboutir à la formation de gommes plus ou moins volumineuses qui, en se nécrosant et en s'ouvrant dans la cavité gastrique, déterminent des ulcères syphilitiques.

On a donné une seconde explication de ces ulcères syphilitiques : c'est la nécrose du territoire irrigué par un vaisseau atteint d'endartérite oblitérante.

L'infiltration peut, lorsqu'elle atteint des propor-

tions considérables, former des masses qui seront prises pour des tumeurs cancéreuses.

Ces masses, ou une ulcération voisine d'un orifice provoqueront des sténoses. De même les néoplasies syphilitiques développées dans la région moyenne de l'organe pourront déterminer sa biloculation.

Ces lésions aboutissent très souvent à la dilatation de l'estomac. Plus rarement, elles arrivent à produire l'atrophie de l'organe, avec épaississement et rigidité des parois. On a alors une véritable linite syphilitique comme Enriquez et Bensaude en ont observé un cas particulièrement curieux.

Tous les processus ci-dessus, abandonnés à eux-mêmes, ont une terminaison commune, c'est la transformation fibreuse. Les cicatrices de l'estomac trouvées à l'autopsie de syphilitiques ayant souffert ou non de troubles gastriques sont assez fréquentes. Ces cicatrices, par leur situation et leur étendue, peuvent entraîner des sténoses orificielles ou médio-gastriques définitives, qu'il faut connaître. Bien que d'origine syphilitique, en effet, elles sont réfractaires au traitement spécifique.

Quelle est la fréquence relative des différentes formes de syphilis gastrique. Les observations anciennes ont trait surtout à des formes de gastrite ou d'ulcère. Mais les plus récentes concernent de plus en plus la forme pseudo-cancéreuse. Cette forme serait même la plus fréquente d'après Azémar et Lacapère. Il importe peu d'ailleurs. Ce qu'il faut savoir, c'est que toutes ces espèces peuvent se présenter au clinicien.

Nous aurons uniquement en vue dans cette thèse la forme pseudo-cancéreuse. Toutefois, il faut dire que bien des remarques sont applicables à toutes les formes, en particulier tout ce qui concerne le traitement, et une bonne partie du diagnostic.

La forme pseudo-cancéreuse est particulièrement importante à connaître. Son existence pose un problème grave. Le cancer de l'estomac qu'elle simule est d'un pronostic redoutable et d'une fréquence extrême.

C'est peut-être le plus fréquent des cancers. Il n'est donc pas sans intérêt d'être averti que sa symptomatologie ne lui appartient pas en propre et qu'elle lui est commune avec une autre affection dont le pronostic est aussi grave quand elle est méconnue, mais devient très favorable quand on a pu la démasquer, puisque nous possédons contre elle des armes d'une efficacité indiscutable.

Nous avons réuni un certain nombre de cas de syphilis pseudo-cancéreuse de l'estomac, publiés par divers auteurs. Nous y joignons un cas inédit provenant du service de M. le Professeur Ardin-Delteil. Nous faisons suivre ces observations d'une étude des symptômes et du diagnostic et de quelques considérations sur le pronostic et le traitement.

Nous n'avons pas la prétention d'épuiser le sujet de la syphilis gastrique. Son importance comporte des développements que nous ne pouvons donner ici. Plusieurs parties de la question ont déjà été traitées. On trouvera l'historique jusqu'à 1904 bien exposé dans la thèse de Barbier. Quant à l'anatomie pathologique, la thèse de Pater lui est tout entière consacrée. Nous donnerons d'ailleurs quand les observations le comportent, les résultats de l'autopsie et de l'examen histologique.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Prof. ARDIN-DELTEIL)

Syndrome d'occlusion pylorique, étiqueté néo Réformé pour néo. Lésions gastriques visibles à la radioscopie, étiquetées néo. Traitement mercuriel: disparition des signes physiques; disparitions des signes radioscopiques.

Le malade est un homme de 46 ans, marié, cultivateur.

Il entre le 9 avril 1919, à l'hôpital de Mustapha, salle Trousseau, parce qu'il souffre de l'estomac et des reins depuis 2 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 63 ans d'une pneumonie. Mère morte à 73 ans de métrorrhagies; son ventre était devenu gros (amaigrissement et teint jaune citron).

Antécédents collatéraux. — Un frère mort à 55 ans: il souffrait des reins et marchait avec une grande raideur, par moments; mort brusquement d'affection pulmonaire en pleine vigueur.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance. Blennorrhagie à 22 ans. Oreillons. Influenza. Paludisme à 28 ans traité par la quinine Le malade quitte la Mitidja pour le Sahel où il guérit. Jamais de dysenterie. Il y a deux ans et demi, chancre accompagné de bubon; pas de signes secondaires.

Deux enfants vivants en bonne santé; deux fausses-couches; trois morts:

1er enfant: mort à 8 jours d'affection pulmonaire.
2e enfant: vivant (16 ans), bien portant.
3e enfant: mort à 22 mois de la variole.
4e enfant: mort à 13 mois d'affection aiguë du tube digestif.
5e enfant: vivant (6 ans), bien portant.
6e enfant: fausse couche il y a 5 ans.
7e enfant: fausse couche il y a 3 ans.

Histoire de la maladie. — Début il y a 2 ans. Mais auparavant il y avait eu des troubles que le malade appelle « embarras gastrique, et crampes d'estomac ». Elles étaient très douloureuses, à paroxysmes nocturnes. Cela dura un mois. Aussitôt que le malade avait mangé survenaient à la fin des repas des renvois aigres avec pyrosis calmés par l'ingestion des aliments.

Il y a deux ans, épisode aigu. Des vomissements apparaissent, survenant une heure après les repas. L'ingestion des aliments est suivie de douleurs qui surviennent peu après et persistent jusqu'au vomissement, qui les calme. C'est ce vomissement qui survient une heure après les repas. Souvent même pour se soulager plus vite, le malade provoque le vomissement en introduisant ses doigts dans la bouche. Les douleurs siègent au niveau de l'ombilic et sur le bord gauche des droits. Le malade les compare à une sensation de torsion, ou à des aiguilles, ou à un coup de poignard qui pénètrerait jusqu'au dos.

Il y a un an, il entra à l'hôpital Maillot. On fit une radioscopie qui montra un estomac abaissé; pas d'image anormale; pas de lacunes. Pointes de feu, cachets. A sa sortie, le malade est versé dans le service auxiliaire. Une assez longue période d'accalmie sépare ces divers épisodes.

Il y a 8 mois, fièvre, nausées, vomissements.

Il y a 5 mois, pendant une nuit et un jour, vomissements de sang, noirs comme du marc de café, d'odeur putride : matières semblables également à du marc de café, avec état syncopal grave. Il y a 2 mois, urines rougeâtres.

Depuis 8 jours, selles anormales s'accompagnant d'une recrudescence des douleurs. Glaires semblables à du blanc d'œuf, à de la morve, râclures de boyaux, filets de sang, matières moniliformes (filiformes, avec de distance en distance, de petites boules). Sensation de besoins fréquents de déféquer et impossibilité d'obtenir une évacuation sans lavement.

Examen du malade. — Malade très amaigri Teint terreux. Conjonctives et muqueuse buccale légèrement décolorées. Pouls = 64.

Appareil digestif — Appétit conservé. Langue et muqueuse buccale normales. Le malade ne peut rien garder, même pas le lait. Douleurs suivant l'ingestion des aliments calmées par le vomissement qui survient une heure après chaque repas. Selles fréquentes. Crises de constipation.

Epigastre tendu, sans mouvements notables. La palpation du creux épigastrique est douloureuse, surtout à gauche. La paroi se défend. Pas de clapotage. La palpation des fosses iliaques révèle un intestin contracté, dur, boudiné.

Foie légèrement descendu, débordant de deux travers de doigt. Rate perceptible dans les grandes inspirations.

Radioscopie. — La radioscopie de l'estomac montre à ce moment: estomac ptosé et dilaté (trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic), évacuation pylorique assez rapide; large encoche sur la grande courbure dans sa portion verticale; adhérences périgastriques. Néo.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler.

Appareil urinaire. — Rien à signaler.

Appareil cardiovasculaire. — Pouls = 64. T. A. 13—6.

Système lymphatique. — Micropolyadénite inguinale bilatérale avec préfet de l'aine Ganglions épitrochléens surtout gros à gauche. Il est devenu récemment douloureux et le malade lui-même l'a perçu. Pas de ganglion sus-claviculaire.

Système nerveux. — Réflexes tendineux normaux. Pas de Romberg. Pas de troubles pupillaires.

Analyse du chimisme gastrique:

1° *Tubage à jeun.* — Présence de liquide résiduel. On retire 200 centimètres cubes d'un liquide très muqueux à peine acide, contenant quelques débris alimentaires informes. La couleur est légèrement opalescente. Pas d'odeur anormale.

Dosage de l'acidité totale sur 5 centimètres cubes : 0 cm³ 3 × 0,00365 × 200 = 0,219/1000.

Il n'y a pas d'HCl libre. Réaction d'Uffelmann peu nette. L'examen du liquide centrifugé n'a pas montré d'éléments cellulaires autres que ceux provenant des aliments.

2° *Repas d'épreuve de Boas-Ewald:*

Cathétérisme une heure après. On retire 200 centimètres cubes de chyme de coloration jaune brunâtre, de réaction franchement acide. Pas d'odeur anormale.

Dosage de l'acidité totale sur 5 centimètres cubes de liquide filtré:

A = 2 cm³ 3 × 0,00365 × 200 = 1,679/1.000.
H Cl libre = Présence. Dosage:
H = 0 cm³ 5 × 0,00365 × 200 = 0,36/1000.

Acides de fermentation:

F = 0 cm³ 2 × 0,00365 × 200 = 0,146/1000.

Chlore combiné:

C = 1.679 — (0,36 + 0,146) = 1.173/1000.
Acide lactique: réaction d'Uffelmann = présence.

Le 24 avril. — Malgré un Wassermann négatif (indéterminé par le procédé de Hecht, négatif par le procédé de Wassermann, le 16 avril), on a tenté un traitement mercuriel. Le malade en est à sa 4e injection et avoue une amélioration notable. Plus de vomissements. La douleur persiste. A l'examen, les ganglions épitrochléens sont plus petits et durs.

Le 8 mai. — Nouvelle radioscopie, peu comparable à la première: mode de remplissage normal; morphologie normale; estomac légèrement abaissé; pas de scissures; pas de lacunes.

Amélioration subjective; pas de vomissements, persistance des douleurs un peu diminuées.

Le 10 mai. — Le malade sort sur sa demande amélioré. Il a reçu douze injections de bi-iodure de mercure à 0,02 et a pris en outre de l'iodure.

OBSERVATIONS II et III

(Fournier, *Traité de la Syphilis.*)

Syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse. — Guérison.

Un de mes clients que j'avais traité pour la syphilis, revient me trouver à propos de troubles gastriques vraiment sérieux. A l'examen de son estomac, je constate d'une façon non douteuse, l'existence d'une tumeur siégeant au niveau du pylore, tumeur qui me donne tout à fait l'impression d'un cancer. Toutefois, me rappelant les antécédents du malade, je prescris (certes, bien moins par conviction que par prudence), un traitement spécifique consistant en frictions mercurielles et iodure de potassium. Je ne revois plus le malade de quelques mois, si bien que je le croyais mort; mais un jour, quel n'est pas mon étonnement, de le retrouver en pleine santé et notamment guéri de ses troubles gastriques! Quant à la tumeur, il n'en restait pas l'ombre.

— En septembre dernier (1902), un vieil ami (71 ans), vint me trouver tout chagrin. « Il paraît, me dit-il, que j'ai une tumeur à l'estomac (sans doute un cancer, quoi qu'on ne me l'ait pas dit) et qu'il faut m'ouvrir le ventre pour m'enlever cette tumeur. Du moins on me l'a conseillé: vois donc cela. »

J'interroge le malade: troubles gastriques très accentués, et notamment troubles accusant un certain degré de sténose pylorique. J'examine et trouve, en effet, une tumeur facilement accessible (en raison de l'amaigrissement),

siégeant d'une façon très exacte à la région pylorique, dure, de la forme et du volume d'une belle mandarine. Bref, je l'avoue, je suis conduit malgré moi, au diagnostic du cancer et je n'aurais pas été loin d'accepter l'intervention chirurgicale proposée, sans un souvenir qui me traverse l'esprit. Mon ami est un ancien syphilitique; il a eu la syphilis il y a vingt ans et ne s'est qu'incomplètement traité, à la façon des gens du monde, c'est-à-dire très bien au début et mal ensuite. Pourquoi donc cette tumeur ne serait-elle pas un produit de la syphilis?

Conséquemment, je demande un sursis d'un mois avant de discuter l'opportunité d'une opération, et je propose de consacrer ce mois à un essai de traitement spécifique. On accepte et ce traitement est institué (frictions mercurielles et iodure de potassium). Résultat: deux mois après, atténuation notable des troubles gastriques et diminution appréciable de la tumeur; en janvier, les fonctions de l'estomac sont presque rétablies, et la tumeur a subi un retrait nouveau; bref, en avril, retour à la santé et disparition absolue de la tumeur.

OBSERVATION IV

(Dubuc, *La France Médcale*, 1er juillet 1898.)

Syphilis à forme pseudo-cancéreuse. — Guérison.

M..., est actuellement âgé de 42 ans environ; il a éprouvé à diverses reprises des manifestations rhumatismales. En décembre 1880, chancres indurés multiples du fourreau de la verge, de la face cutanée du prépuce, de la rainure glando-préputiale. Traitement interne par la liqueur de Van Swieten; roséole en janvier 1881; première saison à Luchon en août de la même année, sous la direction du Dr Frontan; deuxième saison l'année suivante En mars 1884, syphilide tuberculeuse circonscrite de la face antérieure de l'avant-bras droit; traitement mixte. Le 8 juillet 1891, je constate au niveau de la région épigastrique,

sur la ligne médiane au-dessous de l'appendice xyphoïde, l'existence d'une large plaque indurée de la dimension au moins de la paume de la main avec saillie dure à la surface, du volume d'un œuf de pigeon. Elle est située en arrière de la paroi abdominale et occupe à n'en pas douter, la paroi de l'estomac; elle est soulevée d'une façon isochrone au pouls, par les battements de l'aorte et du tronc cœliaque; elle ne présente pas de continuité avec le lobe gauche du foie, elle en est séparée par une zone de sonorité peu étendue. Au niveau de la plaque indurée elle-même, il existe un peu de submatité.

Le malade a maigri; les digestions sont lentes et difficiles; pas de vomissements, douleur vague dans la région atteinte. Il est difficile, en raison des caractères objectifs de la lésion, de ne pas songer à la possibilité d'une dégénérescence carcinomateuse de la paroi stomacale; toutefois, à cause des antécédents syphilitiques que je connaissais bien, puisque j'avais soigné le malade pour la syphilis, qu'il avait contractée en 1880, à cause aussi de son âge peu avancé (35 ans environ), je me rattachai à l'idée qu'il s'agissait probablement d'une infiltration gommeuse de la paroi stomacale, et je le soumis sans hésiter au traitement mixte par le mercure (pilules de Sédillot) et l'iodure de potassium donné à dose élevée. Je fis en outre appliquer sur toute la région épigastrique un large morceau de sparadrap de Vigo « cum mercurio ». Régime lacté mixte. Le 15 juillet, je pouvais déjà constater une diminution appréciable dans les dimensions de la plaque indurée; les battements artériels la soulevaient à un moindre degré. L'appétit restait peu développé, sans qu'il existât du dégoût pour les aliments; il me demanda à revenir au vin, ce à quoi je l'autorisai. Il était bien entendu, qu'il continuerait pendant plusieurs semaines le traitement mixte mercuriel et ioduré ci-dessus prescrit et renouvellerait les applications de sparadrap de Vigo sur la région épigastrique.

En novembre 1895, ayant eu l'occasion de revoir le malade, je constatai qu'il ne restait plus aucune trace de la plaque indurée: en déprimant la paroi abdominale au niveau de l'épigastre, on constatait que les tissus sous-jacents

présentaient une entière souplesse. Il me dit qu'il avait longtemps continué le traitement mixte et que l'induration qu'il percevait lui-même avec la main, de la façon la plus nette, avait progressivement disparu. La santé générale était excellente, et depuis lors, s'est maintenue telle. Il mène une vie active et parfois très fatigante.

OBSERVATION V (SANDERS, in Barbier)

Syphilis gastrique simulant le cancer. — Guérison.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, souffrant de maux de tête, tellement violents, qu'il lui était impossible de rester au lit. De plus, il se plaignait de l'impossibilité de parler; il y avait de la raideur du côté gauche et des douleurs dans la région stomacale. Les premiers troubles ne duraient que depuis quelques jours; quant aux derniers, ils duraient depuis plus longtemps: les douleurs d'estomac duraient depuis 2 ans ½. La dilatation de l'estomac ne s'est déclarée que depuis peu, accompagnée d'une sensation de piqûres d'épingle, surtout lorsque le malade absorbe de la bière ou de l'alcool; les douleurs ne se localisent pas seulement dans un endroit, mais rayonnent dans différentes directions, surtout dans la région dorsale; la douleur devient encore plus forte dans la région thoracique. Le malade ne peut rester que dans la position courbée. Il y a six mois, je l'avais en traitement et je diagnostiquai un carcinome de l'estomac. Pendant ma visite, j'ai constaté un homme bien constitué, de taille moyenne, d'une musculature bien développée, mais très affaiblie; le malade est peu robuste.

Pouls = 56, complètement normal; T. = 37°. La partie gauche du visage est parésiée, la langue chargée et sensiblement déviée vers la droite. Diminution très grande de force du bras gauche. Le patient avoue avoir été infecté il ya quelques années par la syphilis. Nous le traitâmes par des frictions, combinées au traitement interne avec

l'iodure de sodium. En trois semaines il fut rétabli. Les maux de tête commencèrent par diminuer, puis les maux d'estomac cessèrent aussi. La force du bras gauche revint; il ne lui resta qu'une petite gêne de la parole. Quelques années après j'eus l'occasion de revoir le patient; il ne se plaignait plus de troubles de l'estomac, ni des autres organes.

OBSERVATIONS VI et VII (Max EINHORN in Barbier)

Tumeurs syphilitiques de l'estomac — Guérison.

Avril 1890. — C. K..., âgé de 35 ans, fut atteint il y a deux ans de chancre mou avec engorgement des ganglions inguinaux et éruption cutanée; depuis 6 mois environ, il a souffert de troubles graves de l'estomac. Il était pris de douleurs aussitôt après les repas, et par moments de vomissements; l'appétit était diminué; il avait de la constipation. Pendant les six derniers mois, il avait maigri de 20 livres et il se sentait tout à fait faible.

Etat présent. — Le malade paraît un peu pâle, mais n'est pas actuellement cachectique; on ne trouve rien d'anormal au cœur et aux poumons. La palpation révèle une résistance nodulaire très ferme sur une surface de la dimension d'un œuf d'oie sous le bord gauche des côtes; cette surface est située sous la paroi abdominale, et peut être tracée de gauche à droite jusqu'à l'appendice xyphoïde. A une profonde inspiration, la tumeur se déplace vers le bas, et immédiatement au-dessous d'elle, on peut obtenir un bruit de clapotage, de sorte qu'on doit penser que la résistance est localisée à la petite courbure de l'estomac; l'insufflation de l'estomac avec de l'air donne le même résultat. La région gastrique est tout à fait douloureuse à la pression. A la partie postérieure du thorax, se trouve une tumeur considérable qui est située à gauche de la ligne épineuse, s'étendant de la 3^{e} à la 6^{e} vertèbre dorsale et présentant au toucher une dureté osseuse. Le contenu de l'estomac est examiné une heure après le repas d'épreuve

d'Ewald avec les résultats suivants: H Cl =0; acidité = 4; acide lactique =0; lab. = 0 un peu de liquide, mais beaucoup de mucus mêlé de sang.

La démonstration positive d'une tumeur nodulaire au niveau de la petite courbure de l'estomac aurait suffi à faire le diagnostic de carcinome, qui semblait confirmé par les autres symptômes, s'il n'y avait pas eu d'antécédents de syphilis antérieure en rapport avec les exostoses bien prononcées du dos. Ces deux dernières circonstances me portèrent à croire qu'il s'agissait d'une tumeur syphilitique (gomme) de l'estomac, opinion qui fut aussi partagée par le Dr Louria, de Brooklyn, médecin ordinaire du patient. Le malade fut soumis à une cure complète par les frictions, et en outre traité intérieurement par l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, son état s'améliora de jour en jour de sorte qu'en l'espace de quelques semaines on ne trouvait plus trace des tumeurs de l'estomac et de la colonne vertébrale. Dans la suite il a complètement guéri.

— *Avril* 1898. — William C..., âgé de 50 ans, a eu un chancre il y a 20 ans et a été atteint depuis 18 ans de troubles gastriques graves, d'anorexie et d'insomnie; pas de vomissements; un voyage en Allemagne améliora son état.

Il y a 3 ans, le malade jouissait d'une bonne santé, mais il éprouvait de nouveau des douleurs dans l'abdomen; l'appétit restait bon. Les douleurs se calmèrent alors, mais revinrent au bout d'un an et ont persisté pendant 6 mois, pendant lesquels le patient perdit 15 livres de son poids. A ce moment il vint me voir. Une légère résistance ovalaire sur une surface de la dimension d'un œuf de poule fut trouvée dans la région épigastrique. L'examen de l'estomac avec un tube donna: à l'état de jeûne, estomac vide; une heure après le repas d'épreuve, H Cl libre. Le malade reçut de l'iodure de potasium et son état s'améliora. Il augmenta de 15 livres environ, et était remis à la fin de janvier 1899. Pendant cette période on ne trouvait aucune tumeur. Au commencement de février 1899, il fut atteint de troubles gastriques graves, souffrant de douleurs et de

vomissements. En mars 1899, le patient vint une seconde fois me voir. La résistance existait de nouveau et était un peu plus facile à palper que l'année précédente. L'estomac contenait à l'état de jeûne des résidus alimentaires; H. Cl. libre. On lui administra de l'iodure de potassium et de la résorcine ainsi que du bismuth, et on entreprit une cure par les frictions. Comme je n'ai pas revu le malade depuis, je ne peux rien relater de nouveau au sujet du résultat de ce traitement. Cependant il doit résulter clairement de la description précédente, qu'il s'agissait dans ce cas d'une tumeur gommeuse de l'estomac, qui disparut d'abord, puis revint au bout d'un an, intéressant alors très probablement aussi le pylore.

OBSERVATION VIII (Letulle et Lebon).

Presse Médicale, 26 juin 1919.. — *Affection gastrique étiquetée « cancer ». Altérations morphologiques considérables de l'estomac. — Guérison par le traitement antisyphilitique.*

Soldat, classé comme « cancer de l'estomac ». Tous les symptômes fonctionnels et même quelques signes physiques poussaient à ce diagnostic. L'inanition, l'épuisement du sujet permettaient de porter un pronostic des plus sombres. Par bonheur pour le malade, l'examen radiologique montra un estomac extrêmement déformé, trilobé, avec des strictures intermédiaires extraordinaires. Tant de lésions et tant de poches gastriques appendues les unes au-dessous des autres donnèrent l'éveil. Le traitement antisyphilitique, en moins d'un an, a transformé de fond en comble les lésions gastriques et l'état général. Aujourd'hui (juin 1919), le troupier est, ou paraît, guéri; il se nourrit le mieux du monde et son « cancer » a disparu, laissant un estomac encore quelque peu déformé, mais largement perméable.

OBSERVATION IX (HAYEM, résumée).

Presse Médicale, 18 février 1905. — *Troubles gastriques. Tumeur de l'épigastre. — Guérison par le traitement spécifique.*

Homme de 33 ans. Troubles gastriques : crises douloureuses (étiquetées coliques hépatiques). Maigreur, pâleur, état général assez bon. Appétit conservé. Dilatation stomacale, clapotage, succussion, résistance au niveau de la vésicule biliaire.

Analyse du suc gastrique après repas d'épreuve.

$$A = 0{,}140,$$
$$H = 0{,}019,$$
$$C = 0{,}124,$$
$$H + C = 0{,}143,$$
$$T = 0{,}181,$$
$$F = 0{,}138.$$

$$\frac{A - H}{C} = 0{,}97 \qquad \frac{T}{F} = 2{,}03$$

Liquide abondant, grossièrement émulsionné. Peptones abondantes. Pas de résidu à jeûn. Azoturie marquée. On sent une tumeur dure, peu mobile, du volume d'une mandarine. On écarte le carcinome en raison de l'âge du malade et du type chimique du contenu gastrique.

Le malade a eu la syphilis 10 ans auparavant. Le traitement spécifique amène la guérison.

OBSERVATION X (HAYEM, résumée).

Presse Médicale, 2 mai 1906. — *Sténose pylorique de cause indéterminée, guérie par le traitement mercuriel.*

Homme de 48 ans. Croup à l'âge de 2 ans. Syphilis contractée en 1880, non traitée. Congestion pulmonaire en 1889. En 1896, calvitie ayant guéri ultérieurement (pelade).

Sarcocèle syphilitique du testicule droit. Langue ficelée. Tabès au début (myosis bilatéral, pupille droite réagissant paresseusement, réflexe rotulien aboli). Ethylisme, tabagisme.

Premiers symptômes gastriques en 1904 (juin) : diminution de l'appétit, douleur épigastrique en barre irradiant vers la base du thorax. Diminution de l'appétit, surtout pour la viande. Sensation de pesanteur, pyrosis 4 à 5 heures après les repas. Le matin, bouche amère, pituite, régurgitations aigres. Ni vomissements, ni melœna, ni hématémèses. Constipation opiniâtre. Diminution des forces et amaigrissement.

Aggravation en novembre 1904. Les vomissements apparaissent à des intervalles de temps variables après les repas, selon la nature des aliments, immédiatement pour la viande, tardivement avec les légumes. Douleurs lancinantes. Vomissements en plein paroxysme douloureux. En décembre apparaissent des crises douloureuses brusques, atroces, obligeant le malade à se courber en deux, irradiant du creux épigastrique vers l'œsophage, le dos, les flancs, les espaces intercostaux. Ces douleurs durent trois quarts d'heure à 2 heures et se terminent par des vomissements suivis de sensation de bien-être. Crises presque quotidiennes. Vomissements contenant des débris alimentaires datant parfois de plusieurs jours.

A l'examen, estomac distendu (trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic), saillant, ballonné, clapotant. Contractions en masse, spontanées ou provoquées par la percussion. Liquide résiduel abondant à jeûn. On sent une induration pylorique.

Chimisme gastrique : liquide hyperacide, pas d'acides gras, peptones abondantes.

On pose le diagnostic de sténose pylorique.

Hayem discute ensuite le diagnostic de nature de la sténose.

L'ulcère a contre lui les douleurs du début, non-pathognomoniques, l'absence d'hématémèses et de mœlena. Il a pour lui le chimisme gastrique et les crises douloureuses

ultérieures : leur fréquence qui fait éliminer l'origine tabétique et leur heure d'apparition après les repas.

Le cancer a contre lui les caractères de la tumeur : mollasse, peu résistante, mal délimitée, caractères qui ne cadrent pas non plus, d'après Hayem, avec la périgastrite consécutive à l'ulcus et avec l'ulcèro-cancer. Il a pour lui l'âge du malade, la marche relativement rapide, l'anorexie élective, l'amaigrissement.

Le malade fut considérablement amélioré par les piqûres de bi-iodure de mercure (deux séries de douze piqûres, à 0,04). Le sommeil et l'appétit revinrent. Le poids augmenta. Les lésions testiculaires furent également améliorées. Mais le traitement ne fut pas suivi rigoureusement après la sortie de l'hôpital et des troubles gastriques passagers survenaient à l'occasion d'écarts de régime.

OBSERVATION XI (HAYEM, résumée).

Presse Médicale, 2 mai 1906. — *Gastropathie grave. Diagnostic incertain. Melæna opiniâtre. — Amélioration par le traitement mercuriel. — Aveu de la syphilis. — Mort par récidive du melæna.*

Homme de 59 ans, vieux constipé. Deux ans auparavant (1902), troubles gastriques vagues avec anémie et amaigrissement. Fin 1904, troubles stomacaux, perte de l'appétit, vomissements contenant des matières brunâtres. Puis retour de l'appétit, mais les malaises et l'amaigrissement continuent.

A l'examen, estomac moyen, cœcum dilaté, pas de douleur à la pression, pas de tumeur, pas d'induration épigastrique. Hayem craint un néoplasme à cause de l'état général.

Analyse du suc stomacal : 200 centimètres cubes de liquide mal émulsionné, très légèrement hématique.

$$A = 0{,}272,$$
$$H = 0{,}117,$$
$$C = 0{,}153,$$
$$H + C = 0{,}270,$$
$$T = 0{,}401,$$
$$F = 0{,}131.$$
$$\frac{A - H}{C} = 1{,}01 \qquad \frac{T}{F} = 3{,}06.$$

Analyse contraire à l'hypothèse.

Du 1er au 11 février 1905, période hémorragique : melœna opiniâtre; une seule hématémèse rouge, peu abondante, le 4.

Pas de duleurs, pas de point sensible à la pression, pas d'empâtement.

L'ulcère a pour lui l'appétit conservé, les hémorragies abondantes, le liquide hyperpeptique; contre lui l'absence de douleurs et de sténose, et l'âge avancé.

Le cancer a pour lui cet âge, le dépérissement graduel, la constipation opiniâtre; contre lui l'absence de tumeur, l'abondance et la persistance de l'hémorragie, le type chimique anormal, surtout pour un cancer durant depuis deux ans.

On pense à la syphilis gastrique. On trouve une cicatrice suspecte au-dessous du gland.

Injection de bi-iodure de mercure, et lavements iodurés. Puis on remplace les injections par les frictions. Les hémorragies cessent, mais l'appétit se perd. L'état général s'améliore un peu. On suspend le traitement. Le malade a à ce moment des crises d'agitation maniaque avec tendance au suicide.

On peut obtenir du malade l'aveu d'une syphilis datant de 1883, non traitée. Plusieurs fausses-couches de la femme. Les deux conjoints font pendant plusieurs années une cure : mercure, iodure, eau de Luchon.

On reprend les piqûres; on note une amélioration légère, mais le melœna reparaît et emporte le malade.

OBSERVATION XII (Bensaude et Rivet).

Presse Médicale, 25 octobre 1919. — *Affection gastrique à symptômes de cancer. — Traitement spécifique. — Guérison.*

Malade porteur d'une infiltration pylorique en placard, rappelant un cancer de l'estomac. Hématémèses marc de café et amaigrissement considérable complétant la ressemblance clinique. Alors que les troubles gastriques allaient de mal en pis depuis plusieurs années, en quelques semaines le placard douloureux disparut sous l'influence du traitement spécifique, et avec lui tous les troubles fonctionnels; en même temps, l'état général se transformait, et le malade reprenait ses forces et son embonpoint, qui n'ont plus fléchi depuis (observation faite en 1916, rapportée en 1919).

OBSERVATION XIII (Bensaude et Rivet).

Presse Médicale, 25 octobre 1919. — *Syphilis gastrique à forme de sténose pylorique cancéreuse.*

D..., plombier, 63 ans, entre le 4 avril 1919 à l'hôpital Saint-Antoine pour des maux d'estomac et un amaigrissement prononcé : il a en effet maigri de 20 livres dans le mois précédent. Il souffre de l'estomac depuis 5 ans, sous forme de crises douloureuses survenant régulièrement 4 à 5 heures après les repas; il éprouve alors une sensation de barre et de brûlures dans la région épigastrique, avec une violente irradiation douloureuse dans la région dorsale. Ces douleurs ne sont calmées que par des vomissements alimentaires et le malade a remarqué avoir rejeté ainsi 12 heures après le repas du soir, des aliments ingérés la veille. Le malade se plaint également de régurgitations acides qui seraient même devenues fétides depuis quelques semaines. — Jamais d'hématémèses ni de melœna.

A l'examen, on constate par la palpation dans la région épigastrique, une tumeur dure, bosselée, douloureuse, mobile; pas de contractions péristaltiques, ni de tension. — Le foie semble normal. Il existe une circulation collatérale abdominale, assez accusée. Les artères sont dures, mais le pouls bien frappé et la tension artérielle est de 15 — 8 au Pachon.

H. Cl. libre = 0,
Acide lactique = traces,
Acidité totale A = 0,40,
Chlore total T = 2,72
Chlore combiné organique C = 1,64,
Chlore combiné fixe F = 1,09,
Chlorhydrie H + C = 1,64.

$$\text{Coefficient } \frac{T}{F} = 2{,}50.$$

$$\frac{A - H}{C} = 0{,}24.$$

Il y a donc hypochlorhydrie et hypopepsie.

Fèces. — Les réactions de Meyer et de Weber recherchées en séries sont négatives.

L'examen du sang, pratiqué le 16 avril, donne les chiffres suivants :

Globules blancs	15.300

avec la formule suivante :

Polynucléaires neutrophiles	70
Mastzellen	2
Grands mononucléaires	9
Lymphocytes	17
Eosinophiles	2

La réaction de Waessermann est positive.

Du reste, au cours de son service militaire, le malade a contracté la syphilis, il y a 42 ans. Il eut alors un chancre suivi de plaques muqueuses et de roséole. Il prit des pilules pendant quelque temps et ne se soigna plus depuis. En dehors d'une crise de coliques hépatiques survenue il y

à 20 ans, c'est le seul antécédent à relever dans son passé.

Traitement — A partir du 19 avril, on fait au malade des injections d'hectine à 0,10, puis à 0,20 et, du 19 avril au 15 mai, il reçoit 2 grammes d'hectine. Pendant cette période, son poids passe de 51 kilogr. 200 à 54 kilogr. 500. On constate alors une amélioration considérable de l'état général et local: les douleurs et les vomissements ont cessé et l'on peut reprendre une alimentation normale. A partir du 30 mai, nouvelle série d'hectine, puis injections intraveineuses de cyanure de mercure. Le 27 juin, le malade pèse 57 kilogr.; la palpation ne révèle plus trace de la tumeur gastrique et tous les troubles fonctionnels et douloureux ont disparu. — L'examen radioscopique, pratiqué par M. Constantin montre que l'estomac est vide 6 heures après l'absorption du repas opaque; l'estomac est en corne d'abondance, sans déformations, et le bas-fond ne se laisse pas distendre. Le malade n'éprouve plus aucun trouble, il mange et digère bien, ses forces sont complètement revenues, il quitte le service sur sa demande.

OBSERVATION XIV (Béclère et Bensaude).

Société Médicale des Hôpitaux de Paris (19 mai 1911), *résumée dans la Presse Médicale* (25 octobre 1919). *Sténose médio-gastrique. Estomac biloculaire d'origine syphilitique. — Affection ayant fait penser au cancer.*

Observation résumée. — Dans le cas publié en 1911 par MM. Béclère et Bensaude, il s'agissait d'un malade de 54 ans, ayant contracté la syphilis 30 ans auparavant. En 1898, douleurs gastriques sans vomissements ni hémorragies, mais avec amaigrissement rapide de 20 kilogr., l'ensemble ayant fait penser à un ulcère, mais ayant régressé sous l'influence du régime. En octobre 1908, reprise des troubles digestifs qui ne cèdent plus au régime. Le malade maigrit de 10 kilogr. en deux mois et arrive à un état de cachexie qui fait penser à un cancer. L'examen du suc gastrique révèle

une hypopepsie légère; pas de sang dans les fèces. — L'examen radiologique de l'estomac montre l'existence de deux poches gastriques communiquant difficilement entre elles, le bismuth n'apparaissant dans la poche inférieure que 15 à 45 minutes après avoir rempli la supérieure. Le repos au lit et le tubogavage n'ayant pas donné de soulagement appréciable, on décide en principe une intervention chirurgicale, mais on tente auparavant le traitement spécifique. Dès les premières piqûres de bi-iodure, l'amélioration est telle que le malade peut quitter le lit, puis tous les troubles digestifs ayant disparu rapidement, il se réalimente, reprend ses occupations, et peut bientôt faire de longues promenades sans fatigue. La courbe de poids est particulièrement suggestive : en deux jours, le malade reprend 500 grammes; en 8 jours, 1 kil. 500; en un mois, 4 kil.; en 4 mois et demi, plus de 8 kilogr.

Radioscopiquement, la biloculation avait persisté, mais profondément modifiée, la communication entre les deux poches se faisant beaucoup plus rapidement et facilement. Finalement elle disparut complètement. Depuis la publication de cette observation, le malade a été suivi régulièrement par l'un de nous : les phénomènes gastriques n'ont pas reparu, mais l'estomac a toujours gardé un léger aspect biloculaire, et le malade a conservé une tendance à l'amaigrissement, se manifestant lorsqu'il cessait pendant une période un peu longue tout traitement spécifique. Il est resté néanmoins dans un état de santé très satisfaisant, lui permettant l'exercice d'une profession extrêmement fatigante, jusqu'en mars 1918, date à laquelle il est mort subitement pendant son sommeil. — Pas d'autopsie.

OBSERVATION XV (HAUSSMANN, résumée).

Presse Médicale du 24 juin 1911). — *Tumeur syphilitique de l'estomac. — Guérison par le* 606.

Haussmann était arrivé à faire de façon ferme le diagnostic d'infiltration gommeuse de la grande courbure de

l'estomac, empiétant sur la région pylorique et vésiculaire et causant des crises périodiques d'ictère et d'ascite. Foie et rate très hypertrophiés. Wassermann faiblement positif. — On fit au malade trois injections de 606 en six semaines. Grâce à ce traitement la tumeur se résorba lentement, mais progressivement, et au bout d'un mois et demi elle avait complètement disparu. Le chimisme stomacal s'améliora et devint normal trois mois après le traitement. Le foie et la rate sont revenus à la normale. Wassermann négatif.

OBSERVATIONS XVI, XVII, XVIII (Azémar et Lacapère)

Paris Médical, 5 avril 1919. — *Tumeurs gastriques guéries par le traitement antisyphilitique.*

Mme L..., âgée de 43 ans, s'amaigrit progressivement depuis 6 à 7 mois; son poids est tombé en un an, de 86 kilogr. à 60 kil. 800. Elle présente des troubles dyspeptiques vagues, s'alimente difficilement, mais n'a jamais présenté ni vomissements ni douleurs. Sa figure est émaciée et revêt une coloration jaune paille qui fait d'abord songer à un néoplasme de l'estomac. Elle a été examinée à plusieurs reprises et le diagnostic posé a toujours été celui de cancer de l'estomac.

On constate à l'examen une induration constituée par une plaque épaisse et bien limitée, siégeant à la face antérieure de l'estomac, descendant jusqu'à la grande courbure de l'organe et donnant l'impression d'un carton épais à surface unie, enchâssé dans l'épaisseur de la paroi. Cette plaque est dure et détermine une submatité qui masque, sur une surface large à peu près comme la paume de la main, la sonorité de l'estomac. La pression de cette masse n'est pas douloureuse, sauf si la pression est exercée avec une certaine violence; les fonctions intestinales sont normales. — L'interrogatoire de la malade révèle qu'elle a souffert pendant 6 à 8 mois de céphalées à exacerbations vespérales très nettes; ces céphalées ont disparu il y a 4 ou 5 mois, mais depuis

cette époque sont apparues deux lésions de syphilis tertiaires ulcéro-croûteuses du bras. On constate également dans l'épaisseur du sein gauche, et non loin du mamelon, une induration du volume d'une noisette qui n'est autre chose qu'une gomme à la période de crudité. L'examen des urines montre que la dose totale de l'urée est de 9 grammes par litre. La malade est aussitôt mise au traitement hydrargyrique et une série de 15 piqûres de bi-iodure est pratiquée; dès la quatrième piqûre, la malade éprouve un soulagement notable. Les douleurs de l'estomac disparaissent presque complètement; l'appétit revient. Le traitement est suspendu après cette première série de piqûres, et, au bout de peu de jours, l'appétit diminue de nouveau et la malade recommence à souffrir de l'estomac; la lésion tertiaire du bras est très améliorée; elle reste croûteuse, mais les ulcérations sont déjà cicatrisées. La malade refusant les piqûres quotidiennes, est alors mise au traitement par piqûres hebdomadaires d'huile grise, à une dose correspondant à 0,08 de mercure métallique par injection; ces piqûres sont pratiquées par séries de six. La malade prend concurremment avec ce traitement de l'eau d'Uriage pour hâter l'élimination et l'action du mercure. — Après la première série de piqûres, l'appétit est entièrement revenu, les douleurs ont complètement disparu, le poids est de 61 kilogr. Au bout de la seconde série de six piqûres d'huile grise, l'état général s'est fortement amélioré, le teint jaune paille a entièrement disparu, l'appétit est bon, la petite gomme du sein s'est entièrement résorbé et a été remplacée par une cicatrice déprimée et brune; les lésions ulcéro-croûteuses du bras sont entièrement guéries. Le poids de la malade est de 64 kil. 700. — Un mois après la terminaison de cette seconde série de piqûres, le poids de la malade s'élève à 70 kil. 500. Les troubles digestifs ont entièrement disparu; l'aspect de la malade est excellent, les forces sont revenues progressivement et la malade a repris son métier de blanchisseuse, qu'elle avait dû complètement abandonner. Les piqûres d'huile grise sont régulièrement continuées par séries de 4 piqûres hebdomadaires suivies d'un mois à 6 semaines dea repos. — Un an après avoir commencé son traitement, la malade pèse 77 kil. 800; devant l'impossi-

bilité pour elle de continuer à venir se faire traiter par des piqûres d'huile grise, cette médication est supprimée et nous lui prescrivons de continuer le traitement par l'absorption quotidienne de 30 grammes de liqueur de Van Swieten. — On peut actuellement regarder cette malade comme entièrement guérie; les symptômes qui avaient été considérés comme ceux d'un épithélioma sont ceux d'un syphilome tertiaire de la paroi stomacale antérieure.

— A... ben D... est un Marocain qui a eu la syphilis il y a 8 ans. Il n'a suivi aucun traitement sérieux. Actuellement, il se plaint de douleurs stomacales qui ont débuté il y a trois ou quatre mois. On constate à l'examen une tumeur épigastrique de 8 à 10 centimètres de diamètre. La tumeur est profonde, régulière, et paraît siéger sur la face antérieure de l'estomac. Depuis trois semaines cette tumeur est devenue un peu douloureuse, spontanément et à la palpation. Le malade s'est un peu amaigri; il n'a présenté ni vomissements, ni troubles gastriques importants. La réaction de Wassermann est fortement positive. — Le 22 mai 1916, ce malade est mis au traitement par le novarsénobenzol et subit une série de huit piqûres à des doses graduellement croissantes de 0,15 à 1,05. — Dès le 5 juin, c'est-à-dire avant la quatrième piqûre, on note une diminution notable des douleurs; le malade mange et engraisse. A la palpation, la tumeur a diminué de moitié et la pression n'est presque plus douloureuse. Le 27 juin, la tumeur est réduite au volume d'une amande; elle est indolore. Le 18 juillet, 8 jours après la dernière piqûre de la première série, la tumeur est à peine perceptible comme une petite plaque indurée, située à droite de la ligne blanche. L'état général du malade est excellent.

— A... ben Y... se plaint d'avoir depuis deux mois des vomissements à la suite des repas. Il ressent des douleurs violentes qui surviennent irrégulièrement, mais qui prennent une telle acuité pendant la digestion, qu'elles lui arrachent des cris. — Le malade n'a pas d'hématémèses; il a notablement maigri. La réaction de Wassermann est fortement positive. C'est chez ce malade le seul symptôme net de spécificité. Il dit seulement avoir eu il y a environ dix ans, une

ulcération génitale indéterminée qui ne fut pas traitée. — Au palper, on constate l'existence d'une tumeur épigastrique en nappe diffuse, douloureuse à la pression, qui semble siéger dans la paroi stomacale antérieure. Le malade a beaucoup maigri. — Le 15 juin 1916, le malade est mis au traitement. Il reçoit 9 injections de novarsénobenzol dosées de 0,15 à 1,05 qu'il subit sans accuser aucun malaise. La série de piqûres se termine le 10 août. La tumeur a complètement fondu, on constate seulement que la paroi stomacale manque encore de souplesse.

OBSERVATIONS XIX et XX (Leven)

Société de Thérapeutique, 11 juin 1913. — *Gastropathies avec atteinte grave de l'état général, guéries par le traitement iodo-mercuriel.*

Le 22 décembre 1912, M. C..., gardien de la paix, âgé de 47 ans, vient à la consultation pour les maladies de l'estomac que je fais dans le service du Docteur Caussade. — Depuis un an, il avait des vomissements alimentaires tardifs, qui terminaient des crises douloureuses très violentes, de longue durée, pendant les derniers mois. Les crises et les vomissements se produisaient à la fin de chaque période digestive. L'état général du malade était très atteint et il n'exerçait plus qu'à grand'peine sa profession. Ce malade avait eu la syphilis, il y a cinq ans et avait été assez régulièrement traité.

Un examen radioscopique, fait avec M. G. Barret, révéla l'existence de liquide de stase, de la dilatation rétro-pylorique, une traversée pylorique difficile et une grande faiblesse des mouvements péristaltiques. Ces signes radioscopiques permettaient de conclure à une sténose pylorique et à une altération de la paroi assez étendue en surface et en profondeur, puisque la sténose ne déterminait pas une exagération du péristaltisme.

Selon mon habitude, je soumis ce malade au repos, au régime lacté absolu et à la médication bromurée, pour faire la part de l'élément spasmodique dans son état.

Après huit jours, un nouvel examen radioscopique montra qu'il ne s'était produit aucun changement local; douleurs et vomissements restaient les mêmes.

La médication iodo-mercurielle entra alors en jeu, et, comme il est de règle, dès les premiers jours, le malade s'améliora et fut guéri avant la fin du traitement qui consista en 19 injections de 0,02 de bi-iodure d'hydrargyre et en l'emploi de 3 grammes d'iodure de potassium par jour. La guérison se maintient depuis le mois de décembre; la guérison clinique est prouvée par le bon aspect du malade qui ne souffre plus, qui ne vomit plus et que j'ai présenté il y a quelques semaines à l'Hôtel-Dieu dans une leçon sur la syphilis gastrique. La guérison anatomique est prouvée par l'examen radioscopique : tous les symptômes observés aux deux premiers examens ont disparu; l'estomac est normal. Pendant toute la durée du traitement iodo-mercuriel, le malade s'est alimenté à sa guise. Cette variété de gastropathie syphilitique n'a pas besoin de régime alimentaire, parce que la dyspepsie n'est pas en cause. Il y a plus, le malade, comme tous les autres, a toléré parfaitement l'iodure de potassium à haute dose. Il en est toujours ainsi pour les malades dont la dyspepsie est syphilitique ou ceux dont la lésion gastrique est de même nature. Les uns et les autres supportent l'iodure et guérissent, grâce à son emploi.

— La deuxième observation a les plus grandes analogies avec la première au point de vue des symptômes, vomissements et douleurs.Ce deuxième malade, âgé de 43 ans, monteur en bronze, avait considérablement maigri et avait un aspect cachectique. Il disait n'avoir jamais eu la syphilis ; son unique enfant était mort de méningite à l'âge de 3 ans et demi. — L'examen radioscopique fait le 3 mars 1913 révéla des signes des sténose pylorique; liquide de stase, à jeûn, le matin; traversée pylorique difficile; contractions péristaltiques violentes, inefficaces.

Après l'avoir soumis au régime indiqué plus haut (lait et bromure), un deuxième examen radioscopique fut fait; il

confirma le premier et le traitement iodo-mercuriel fut institué, malgré une réaction de Wassermann négative.

J'ai présenté ce malade à cette même leçon sur la syphilis gastrique à laquelle j'ai fait allusion plus haut. Il est, comme le premier guéri au point de vue fonctionnel; il s'alimente normalement sans aucune souffrance; la radioscopie a, d'autre part, démontré la guérison anatomique.

OBSERVATION XXI (Leven et Barret)

Société Médicale des Hôpitaux de Paris (25 février 1910). — *Estomac biloculaire. — Etat général grave. — Diagnostic de causalité incertain. — Guérison par le traitement iodo-mercuriel.*

C'est un cas de syphilis gastrique très grave et guéri par le traitement spécifique que nous apportons à la Société. La lecture de notre observation démontrera l'exactitude de notre diagnostic.

La malade que nous avons amenée à une de vos dernières séances, sans pouvoir la présenter, a dû depuis quitter Paris; elle vint nous consulter le 6 novembre 1909. Son aspect était lamentable; son anémie extrême, son amaigrissement considérable, des douleurs gastriques très vives, des vomissements incessants depuis six mois donnaient tout d'abord l'impression que cette malade, âgée de 40 ans, avait un ulcère ou un cancer de l'estomac. — Un examen radioscopique montra un estomac biloculaire et un rétrécissement très serré sur une longueur de 4 à 5 centimètres, commençant à 10 centimètres du cardia environ. — Le diagnostic que l'on était autorisé à poser à ce moment était : estomac biloculaire, sans pouvoir dire si cette sténose partielle était due à un ulcère ou à un cancer. Il fallait traiter la malade et juger le cas d'après l'évolution. Nous lui conseillâmes de garder le lit, d'absorber un litre et demi de lait par vingt-quatre heures et de prendre du sous-nitrate de bismuth à faible dose toutes les heures et demie, selon

notre méthode habituelle. En quelques jours, les vomissements cessèrent, les douleurs solaires localisées sur la ligne médiane prirent fin. Mais ce fut tout. L'amaigrissement continua, l'anémie ne se modifia pas; enfin, la douleur gastrique viscérale localisée sur le point sténosé, persista intense, non modifiée, essentiellement nocturne et indépendante de l'heure des repas, malgré un mois de traitement. — A ce moment, elle entra, sur nos conseils, dans le service de notre maître, le Docteur Caussade. — Avant de la confier au chirurgien, malgré l'absence de signes de syphilis héréditaire ou acquise, nous proposâmes de tenter un traitement mercuriel, qui fut ainsi institué : une injection de bi-iodure d'hydrargyre et 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

La malade a subi 19 injections et a absorbé 90 grammes d'iodure admirablement toléré.

Le traitement a fait merveille. Dès les premières injections, les trois symptômes non modifiés par le traitement antidyspeptique parurent impressionnés par le traitement mercuriel. C'est tout d'abord la douleur au point sténosé qui diminua et disparut rapidement pour ne plus revenir. C'est l'amaigrissement qui s'arrêta aussitôt, si bien que la malade a repris 3 kilogr. du 6 décembre 1909 au 3 janvier 1910, tandis qu'elle avait perdu 3 kilogr. du 11 novembre au 6 décembre. C'est l'anémie qui se modifia si complètement que tous ceux qui la voyaient dans le service en étaient chaque jour surpris. Ce sont enfin les changements observés radioscopiquement qu'il nous reste à signaler. La sténose persiste, mais infiniment moins serrée; les parois sont à son niveau beaucoup plus souples; les liquides bismuthés la franchissent en s'étalant bien plus largement.

En résumé, notre malade continua à souffrir, à maigrir, à s'anémier jusqu'à l'instant où le mercure et l'iodure furent prescrits. Aujourd'hui, elle digère admirablement, elle ne souffre plus, elle engraisse, son teint est redevenu normal.

N'est-on pas, sans témérité excessive, en mesure d'affirmer qu'il s'est agi d'un cas de syphilis gastrique ? On peut affirmer ce diagnostic, en se basant sur l'influence du traitement, sur le caractère nocturne des douleurs, peut-être et

certainement encore sur ce fait que l'influence de notre thérapeutique eut été néfaste s'il s'était agi d'un ulcère simple ou d'un cancer.

OBSERVATION XXII

(Monprofit, citée dans la discussion de celle de Hepp) *Société de l'Internat des Hôpitaux de Pars* (23 février 1911). — *Symptômes de cancer du pylore. — Guérison par le traitement spécifique.*

Malade ayant les symptômes habituels du néoplasme du pylore. L'état général était si grave qu'aucune opération ne parut possible. Or, le traitement spécifique que l'on eut l'idée d'appliquer, donna une guérison complète.

OBSERVATION XXIII (Langovoi in Barbier)

Affection de l'estomac diagnostiquée « cancer ». — Ulcère gommeux de l'estomac constaté après exérèse chirurgicale.

Malade entré à l'hôpital se plaignant de troubles dyspeptiques, et dans un état de cachexie dont la gravité avait fait penser au cancer.

En raison de cette gravité, on décida d'intervenir chirurgicalement et on pratiqua d'abord la laparotomie exploratrice. On trouva un ulcère très étendu à bords élevés; aussi pratiqua-t-on la résection des 4/5 de l'estomac. Les suites opératoires furent très satisfaisantes. Mais l'examen histologique de la partie réséquée démontra la présence de tissus granuleux de nature syphilitique très probable. Le traitement spécifique institué après l'opération amena une amélioration remarquable de l'état général.

Cliniquement, la syphilis gastrique dans ce cas s'était traduite par des douleurs sourdes, une légère hyperthermie, de l'anachlorhydrie ; il n'y eut jamais d'hématémèses ni de melœna

OBSERVATION XXIV (Buday, cité par Barbier)

Lésion gastrique à évolution pseudo-cancéreuse. — Mort.

Homme de 47 ans, syphilis acquise. A eu des douleurs à l'épigastre, du sang dans les selles. Evolution de l'affection ressemblant à celle du cancer.

Autopsie. — Nodosités gommeuses dans le mésentère; gommes dans l'intestin grêle, les reins, le foie. Grosse rate. Ulcération syphilitique à la base de la langue. On voit dans l'estomac trois épaississements de la paroi (deux à la grande courbure, un près du pylore), avec destruction partielle de la néoformation s'étendant profondément. A l'examen microscopique, forte dégénérescence cellulaire de la sous-muqueuse, atrophie partielle de la musculeuse.

OBSERVATION XXV (Hayem, résumée)

Presse Médicale (18 février 1905). — *Affection gastrique grave ayant motivé une gastro-entérostomie — Mort — Examen histologique: Infiltration scléro-gommeuse de la région pyloro-duodénale.*

Homme de 43 ans.. Troubles gastriques graves. Souffrances presque continuelles, vomissements peu après chaque repas; pas de sang dans les vomissements. Malade pâle, très amaigri, alité depuis plusieurs semaines. L'estomac paraît petit et vide. Plastron diffus dans la région sous-hépatique (répondant à la vésicule).

Diagnostic de sténose d'origine hépatique. Gastro-entérostomie. — Mort. Autopsie. Infiltration plastique de la région pyloro-duodénale ressemblant à la linite, s'étendant de la face péritonéale vers la muqueue. Adhérences étendues fixant l'estomac aux organes voisins (face inférieure du foie, vésicule biliaire). Pas de calculs biliaires. Microscopiquement : infiltration fibroïde principalement des couches externes de l'estomac, renfermant des nodules (petites gommes).

OBSERVATION XXVI (HAYEM résumée)

Presse Médicale (18 février 1905). — *Diagnostic de sténose cancéreuse du pylore. — Opération: extirpation de la région pylorique. — Examen histologique : infiltration scléro-gommeuse. Aveu de la syphilis après l'opération.*

Homme de 69 ans. Santé robuste : le malade pesait 90 kil. avant sa maladie. En 1902, maux d'estomac, renvois fréquents, digestions lentes. Appétit conservé. Perte de poids de 8 kil. En juin et juillet, amélioration. En mars 1903, les phénomènes reparaissent. Anorexie complète pendant 15 jours, dégoût pour le pain et la viande. Vomissements alimentaires abondants, par crises, à quatre reprises différentes. Le poids tombe de 77 à 67 kil. En avril, amélioration. Il n'y a jamais eu d'hématémèses. Dégoût pour la viande, renvois gazeux, langue propre. Ventre très amaigri, pas de tumeur stomacale, pas de dilatation. Boulettes dans l'S iliaque.

Chimisme gastrique 1 heure après le repas d'épreuve :

$$A = 0{,}284.$$
$$H = 0,$$
$$C = 0.131,$$
$$H + C = 0{,}131,$$
$$T = 0{,}306,$$
$$F = 0{,}175,$$
$$\frac{A - H}{C} = 2.16 \qquad \frac{T}{F} = 1.74.$$

Liquide abondant d'odeur nauséabonde. Ni acides gras, ni acide lactique.

Chimisme à jeûn :

$$A = 0{,}595,$$
$$H = 0,$$
$$C = 0{,}182,$$
$$H + C = 0{,}181,$$
$$T = 0{,}397,$$
$$F = 0{,}215,$$
$$\frac{A - H}{C} = 3{,}76 - \frac{T}{F} = 1{,}84.$$

Résidus alimentaires datant de la veille. Pas d'acides gras.

Il n'y a pas de douleurs, mais beaucoup de gaz. Poids stationnaire.

On diagnostique une sténose due à un cancer.

Opération: extirpation de la région pylorique, non adhérente. La pièce réséquée est épaissie, indurée, mais pas de tumeur proprement dite. Muqueuse rouge, comme œdémateuse, exulcérée, ou plutôt raboteuse vers la petite courbure et sur les deux faces. Surface de section épaisse, très colorée, doublée de graisse épiploïque abondante.

Examen histologique négatif pour le cancer, positif pour la syphilis. Suites opératoires bonnes. A la suite de l'examen de la pièce, on interroge de nouveau le malade. Chancre à l'âge de 20 ans, traitement antisyphilitique. Hayem conseille un traitement spécifique. Le médecin ordinaire qui a posé aussi le diagnostic de cancer fait des objections tirées de l'état général, du chimisme, de l'absence de passé gastrique important, de la sténose pylorique récente, avec hypersthénie et sans hyperchlorhydrie (raison pour laquelle il élimine l'ulcère et la syphilis). Malgré tout, le traitement est entrepris: 40 injections de benzoate de mercure, lavements iodurés. Le malade a regagné 21 kgs au mois de décembre 1903; il a bonne mine et bon appétit. Il subsiste un peu de clapotage. Pareil fait se voyant dans le cancer, Hayem fait ressortir l'importance de l'examen histologique pour trancher la question.

Observation détaillée de la pièce:

1° *Examen macroscopique.* — Muqueuse très irrégulière, mamelonnée par places, abrasée sur une étendue assez grande (exulcération irrégulière à bords festonnés, à fond craquelé). A la coupe, plateau d'épaississement atteignant 2 centim. Infiltration plastique de la paroi musculaire. Au niveau de l'ulcération, la paroi stomacale est formée par a seule couche musculaire. Du plateau fibro-musculaire, part du côté pylorique, une bande fibreuse formée presque uniquement par l'épaississement de la celluleuse. Cette bande se perd en s'amincissant dans la valvule pylorique. Prolongements fibreux dans la musculeuse. Celle-ci est atrophiée au niveau de l'anneau pylorique. Du côté stomacal l'infiltration cesse assez brusquement dans le tissu cellulaire sous-muqueux. L'épaississement du muscle cesse de même. A cette partie de la pièce adhère un fragment induré d'épiploon contenant un ganglion lymphatique.

2° *Examen miscroscopique.* — Tissu sous-muqueux. — Tissu conjonctif adulte vasculaire, un peu œdémateux, nodules périvasculaires discrets.

Tissu musculaire. — Epaississement des cloisons conjonctives. Amas et traînées d'infiltration le long des vaisseaux. Infiltration très confluente au niveau de l'exulceration. L'infiltration produit une dissociation et un certain degré d'atrophie des trousseaux musculaires.

Muqueuse — Détruite progressivement à mesure qu'on se rapproche des bords de l'ulcération où elle disparaît tout à fait. Infiltration interstitielle, atrophie des glandes et transformation muqueuse.

Plaque épiploïque adhérente. — Même infiltration.

Vaisseaux larges et gorgés de sang, très abondants. Pas d'artérite. Beaucoup de nodules semblent adhérents à la paroi externe des vaisseaux.

Structure des nodules. — Couche périphérique discontinue de grandes cellules plates, irrégulières, à protoplasma un peu opaque, à un ou deux noyaux. Puis ces cellules sont mêlées de cellules lymphoïdes; lacunes dues à la fonte

(petits abcès). Au voisinage et à la périphérie des nodules, les cellules plates du tissu conjonctif sont gonflées et abondantes, ainsi que le long des petits vaisseaux.

En somme, infiltration fibreuse et gommes microscopiques.

OBSERVATION XXVII

(Lafleur, cité par Béclère et Bensaude)

Troubles gastro-intestinaux. Amaigrissement rapide. Laparotomie exploratrice. Biopsie: infiltration scléro-gommeuse. — Guérison par le traitement antisyphilitique.

Homme de 39 ans. Contracte la syphilis en 1892. En 1897, douleurs dans les jambes rappelant les douleurs fulgurantes; en novembre 1901, troubles gastro-intestinaux: ballonnement, sensation de plénitude, diarrhée, nausées, vomissements. Pas de douleurs proprement dites. Les vomissements augmentent jusqu'en janvier 1902 Absence d'H Cl libre; présence de liquide à jeun avec résidus alimentaires, du mucopus et quelques gouttes de sang. L'estomac insufflé descend au-dessous de l'ombilic. En mai 1902 le malade avait perdu 30 livres, et une nouvelle insufflation montre que la grande courbure de l'estomac ne descend plus que jusqu'au milieu d'une ligne allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

Le 14 mai, opération. — Adhérences de l'estomac à la paroi abdominale et aux organes voisins. Pas de ganglions hypertrophiés de la paroi. Le pylore est libre. Il y a un épaississement à environ 6 centimètres du pylore. A l'ouverture de l'estomac, on trouve une paroi de 1 centimètre à 1 centim. ½ d'épaisseur et une vaste exulcération occupant la paroi antérieure de l'estomac et, vers l'extrémité pylorique, toute la circonférence de l'organe.

Sténose médio-gastrique située à environ 7 cent. du pylore. Un fragment de la paroi excisé et examiné histologiquement, montre du tissu fibreux avec des infiltrations

cellulaires n'ayant aucun caractère malin. Quelques gommes calcifiées au niveau du bord libre du foie. On referme l'estomac et la paroi abdominale sans faire de gastro-entérostomie, ni de gastrectomie. On institue le traitement antisyphilitique. Disparition des troubles gastro-intestinaux, augmentation de poids et, un an après l'opération, le malade se trouvait en parfait état.

OBSERVATION XXVIII (Hepp, résumée)

Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris (23 février 1913). — *Sténose pylorique. Cachexie. Opération palliative. Apparition ultérieure d'une hémiplégie et d'albuminurie. — Guérison par le traitement spécifique.*

Malade de 33 ans, sans passé gastrique, souffrant d'une sténose pylorique, progressive et arrivé à un état de cachexie avancée. Gastro-entéro-anastomose. Au cours de l'opération, Hepp est frappé de l'hypertrophie considérable et lisse du pylore, ainsi que de l'épaississement énorme des parois gastriques Cependant il demeurait dans le doute sur la cause de cette lésion quand, six semaines après l'intervention, et alors que le malade paraissait tout à fait guéri, l'apparition brusque d'une hémiplégie droite avec aphasie, et d'albuminurie vinrent éveiller l'idée d'une syphilis ancienne ayant touché successivement l'estomac, le rein et le cerveau. La guérison rapide par un traitement spécifique intense confirma ce diagnostic D'ailleurs, après 6 mois de santé parfaite, le malade eut une nouvelle hémiplégie sans albuminurie qui rétrocéda sous l'influence du mercure. La réaction de Wassermann faite lors de la première attaque d'hémiplégie était positive.

OBSERVATION XXIX

(Freeman Ward cité par Fournier)

Tumeur de la région pylorique constatée à la laparotomie, disparue à la suite d'un traitement ioduré.

Homme de 38 ans, depuis longtemps malade de l'estomac: troubles dyspeptiques très accentués, douleurs, hématémèses, voire quelques vomissements marc de café, etc... Pas de tumeur gastrique appréciable, même par examen au chloroforme. Emaciation, imminence de mort par inanition. On se décide à une intervention chirurgicale, et l'on trouve le pylore occlus par une tumeur du volume d'une orange; mais, vu l'état du malade, on se contente de pratiquer une gastro-entérostomie en remettant une opération plus radicale à des temps meilleurs Empiriquement, on prescrit de l'iodure de potassium. En quelques semaines grande amélioration; forte augmentation de poids; six semaines plus tard on ouvre à nouveau l'abdomen, et l'on ne trouve plus trace de la tumeur.

Chapitre IV

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Etude des symptômes. — L'analyse des symptômes permet-elle d'identifier la forme pseudo-cancéreuse de la syphilis gastrique? C'est ce que nous nous proposons d'examiner maintenant.

Les douleurs sont un symptôme à peu près constant. Cependant elles faisaient défaut dans un cas de Hayem et dans celui de Lafleur, ainsi que chez une malade d'Azémar et Lacapère. Chez les malades de Langovoï et de Dubuc, elles étaient peu intenses. Mais dans la grande majorité des cas, elles occupent le premier plan dans le tableau clinique. Le malade emploie les comparaisons les plus variées pour les définir: sensation de barre épigastrique, de piqûres d'épingles, de coups de poignard, de brûlures. Ces crises douloureuses sont, en effet, presque toujours violentes, obligeant parfois le malade à se courber en deux (Hayem), lui arrachant des cris (Azémar et Lacapère). En général, elles surviennent après les repas, soit immédiatement, soit plusieurs heures après, vers la fin de la digestion gastrique.

Pourtant on a quelquefois noté des douleurs indépendantes de l'heure des repas. Dans ce dernier cas, elles sont assez souvent nocturnes. Les douleurs à paroxysmes nocturnes existaient au début de la maladie dans le cas observé par M. le Professeur Ardin-

Delteil. Elles étaient exclusivement nocturnes dans celui de Leven et Barret. Ces deux derniers auteurs et d'autres avant eux, ont à plusieurs reprises noté ce caractère des douleurs dans la syphilis gastrique. Ce signe est malheureusement loin d'être constant. En tout cas, il mérite, à notre avis, d'attirer l'attention.

Si l'on excepte cette particularité, les douleurs de la syphilis gastrique pseudo-cancéreuse n'offrent rien qui lui soit propre. Toutefois, par l'ensemble des caractères, elles se rapprochent des douleurs de l'ulcère plus que de celles du cancer.

Les vomissements ont, avec les douleurs, des rapports étroits et qu'on retrouve dans presque toutes les observations. Ils marquent la fin de la crise. Après le vomissement, le malade est soulagé jusqu'à la période digestive suivante. Les vomissements manquent quelquefois, ou n'existent pas à toutes les périodes de la maladie. Ils étaient absents au début dans un cas de Hayem. Dans ce même cas, les vomissements qui survinrent ensuite, se produisaient plus ou moins loin du repas selon la composition de ce dernier, immédiatement après un repas de viande, tardivement après un repas de légumes. Dans un cas d'Einhorn, qui évolua en quatre poussées séparées par des rémissions, les vomissements ne sont notés qu'à la dernière phase. Mais on peut dire qu'après les douleurs les vomissements sont le symptôme le plus constant.

Les gastrorrhagies sont au contraire assez rares dans cette forme de syphilis gastrique, alors qu'elles sont souvent notées et parfois extraordinairement abondantes dans la forme ulcéreuse. Nous ne les avons trouvées que dans quatre observations. Dans le cas de M. le Professeur Ardin-Delteil, il y eut pendant une nuit et un jour, des vomissements marc de café accompagnés de melœna, avec état grave du

malade. Mais ces accidents ne se reproduisirent pas. Les hématémèses marc de café, existaient aussi dans le cas de Freeman Ward et dans un cas de Bensaude et Rivet. Dans un cas de Hayem, il n'y eut qu'une hématémèse, mais le melœna fut abondant et opiniâtre: il dura onze jours et ne céda momentanément que pour revenir avec la même intensité et emporter le malade.

Les troubles de l'appétit sont des plus inconstants. Sur 8 cas où l'état de l'appétit est noté, on le trouve deux fois conservé, trois fois diminué. Dans le sixième cas (Hayem) il était conservé au début, mais fit ensuite place à de l'anorexie avec dégoût électif pour la viande. Enfin, dans les deux autres cas, l'appétit perdu au début, fut recouvré par la suite.

Si la plupart des observateurs ont négligé de noter les troubles de l'appétit, nous sommes mieux renseignés sur l'état général des malades. C'est l'altération profonde de cet éat général qui les amène le plus souvent à se montrer au médecin. C'est elle qui justifie en grande partie le diagnostic de cancer qu'on pose au premier abord.

L'amaigrissement est parfois effrayant. Un malade de Bensaude et Rivet avait perdu 20 livres en un mois. Une femme soignée par les mêmes auteurs, pour une forme un peu différente de syphilis gastrique, tomba de 85 kgs à moins de 45 en dix-huit mois. Azémar et Lacapère font mention d'un amaigrissement de 25 kgs en un an. En dehors de ces cas extrêmes, la perte de poids atteint souvent 10 à 15 kgs. Et lorsque le taux de cette perte n'est pas indiqué expressément, le terme de cachexie qu'on retrouve à maintes reprises, indique assez l'impression produite par l'aspect des malades.

En présence de phénomènes de dénutrition aussi marqués, on peut se demander si les troubles fonc-

tionnels sont une explication suffisante. Ne faut-il pas faire intervenir pour une part une véritable cachexie syphilitique analogue à la cachexie cancéreuse? Nous inclinons à le croire Les lésions étendue de l'estomac et des parties voisines, l'existence simultanée d'autres foyers, souvent signalée, semblent bien indiquer, en effet, que le tréponème traverse une phase de virulence exaltée et il est logique d'admettre que cette virulence retentit sur l'état général du malade. D'un autre côté, on est surpris de voir combien la médication spécifique agit avec vigueur et promptitude sur les symptômes généraux. L'appétit revient, l'anémie régresse, la courbe de poids remonte, brusquement parfois, et cela dès le début du traitement.

L'existence d'une tumeur perceptible à la palpation est le signe qui sera le plus facilement interprété en faveur du cancer. Et cependant il n'est en rien pathognomonique. On a signalé des tumeurs dans l'ulcère; on voit par les observations que nous citons, que la syphilis en produit aussi. D'autre part, un cancer sténosant du pylore peut provoquer des symptômes graves avant de donner lieu à une tumeur de volume appréciable. Enfin parfois, une tumeur existe sans qu'elle soit accessible au palper, pour une raison ou pour une autre. On trouve des cas de ce genre dans la syphilis gastrique. Dans celui de Freeman Ward on ne sentait pas de tumeur, et cependant l'opération en fit découvrir une de la grosseur d'une orange au niveau du pylore.

Les tumeurs syphilitiques de l'estomac n'ont pas de caractères déterminés. Elles peuvent donner la sensation d'une masse bien délimitée, assez mobile, parfois bosselée. Mais souvent aussi elles se présentent sous forme de larges placards indurés sur lesquelles peuvent faire saillie des nodules plus ou moins volumineux. La tumeur peut être indiquée par une sim-

ple résistance de l'épigastre à la palpation. Celle-ci est en général douloureuse et peut provoquer de la défense de la paroi. La recherche du maximum de la douleur provoquée fournit une indication utile sur le siège de la tumeur, quand celle-ci n'est pas perceptible.

Il existe d'une façon assez constante des signes de stase gastrique. On trouve du clapotage, et plus fréquemment encore du liquide résiduel à jeun. Ce liquide contient presque toujours des parcelles alimentaires, plus ou moins reconnaissables. On a pu ainsi vérifier le séjour dans l'estomac de débris de repas remontant à plusieurs jours. Ce sont parfois les vomissements qui ont permis cette constatation. La stase s'accompagne en général d'une dilatation très marquée. La stase et la dilatation sont des signes manifestes de sténose pylorique.

S'agit-il toujours cependant de sténose vraie? Ce n'est pas absolument certain. Dans le cas de M. le Professeur Ardin-Delteil où il existait du liquide résiduel en quantité notable, la radioscopie montra un estomac ptosé et dilaté et des altérations morphologiques au niveau de la grande courbure, mais l'évacuation pylorique se faisait bien. Il faut sans doute faire intervenir pour expliquer les cas analogues, l'altération des tuniques musculaires infiltrées et dissociées par le tissu scléro-gommeux. Il en résulterait un affaiblissement marqué du péristaltisme. Cet affaiblissement a d'ailleurs été noté une fois par Leven. Il explique la dilatation passive et la stase qui l'accompagne, alors que la perméabilité du pylore est encore normale.

Enfin il est des cas où l'estomac, au lieu d'être dilaté, est petit, rétracté. A l'autopsie, on le trouve dur, scléreux, épaissi, en somme semblable à un estomac de linite. Ceux qui ont observé cette forme très

particulière, ont d'ailleurs employé le terme de linite syphilitique. On a proposé aussi l'expression de « petit estomac syphilitique ». Mais il s'agit jusqu'à présent d'une forme qui semble rare.

Sept des cas relatés dans notre travail ont fait l'objet d'examens radioscopiques. Les renseignements que ceux-ci fournissent sont précieux. On a pu, par ce moyen, confirmer l'existence de la stase et de la dilatation, préciser le siège des lésions: tumeur ou sténose. Celle-ci n'est pas toujours pylorique. La radioscopie a révélé, en effet, dans plusieurs cas, des déformations que rien ne faisait prévoir: biloculations (Béclère et Bensaude, Leven et Barret), estomac trilobé (Letulle et Lebon). Mais si ces renseignements sont intéressants en eux-mêmes, ils n'éclairent pas beaucoup le diagnostic.

La radioscopie devient au contraire très utile comme moyen de contrôle au cours du traitement. Elle permet de suivre les résultats obtenus en montrant la marche régressive des lésions ou leur état stationnaire. Elle peut donc confirmer le diagnostic de syphilis gastrique et commander de poursuivre le traitement ou au contraire indiquer son inutilité.

L'étude du chimisme gastrique ne permet pas de conclusions précises. En général, cependant, il y a de l'hypopepsie et de l'hypochlorhydrie à des degrés divers, et même parfois de l'anachlorhydrie. Mais dans des cas limites, comme ceux de Hayem, où les symptômes étaient les uns en faveur du cancer, les autres en faveur de l'ulcère, on trouve parmi ces derniers, l'hyperacidité avec hyperchlorhydrie.

On peut trouver encore chez les malades atteints de syphilis gastrique pseudo-cancéreuse des symptômes banaux d'ordre divers extrêmement variables d'un cas à l'autre. Ils n'offrent aucun intérêt au point de vue du diagnostic étiologique. On peut trouver de la

lenteur des digestions, du pyrosis, des renvois gazeux, des régurgitations acides ou fétides, des pituites matutinales, du ballonement. On a pu noter de l'insomnie et rès rarement un peu d'hyperthermie.

Le fonctionnement de l'intestin est presque toujours troublé. Le plus souvent on observe de la constipation, parfois opiniâtre. La diarrhée est plus rarement notée, et peut alterner avec la constipation.

Le foie peut être augmenté de volume, ainsi que la rate.

En résumé, l'analyse des symptômes ne permet pas de poser d'une façon ferme le diagnostic de syphilis gastrique pseudo-cancéreuse. Tous les signes observés peuvent se rapporter à l'un ou à l'autre des syndromes d'affections chroniques de l'estomac. Et en réalité, peut-il en être autrement? Il faudrait citer ici en entier la page admirable que Fournier a consacrée à cette question. A ceux qui exigent des symptômes spéciaux pour qu'on soit en droit de poser un diagnostic de syphilis gastrique, il répond: « L'estomac lésé par la syphilis n'a pas pour exprimer sa souffrance de troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression à des lésions gastriques relevant de causes très différentes. Il n'est donc pas à chercher de symptômes spéciaux pour la syphilis gastrique. Exiger d'elle des symptômes spéciaux, c'est se condamner à ne la diagnostiquer jamais, et à ne la reconnaître qu'à l'autopsie. Je demande aux malades ce qu'ils penseraient d'un tel procédé diagnostique? »

Mais peut-être trouverait-on dans cette impersonnalité même un caractère de l'affection qui nous occupe. Toute la symptomatologie de la syphilis gastrique est une symptomatologie d'emprunt. Mais on pourrait dire que si la syphilis emprunte, elle emprunte assez souvent à tort et à travers. Elle prend

un de ses signes à l'ulcère et un autre au cancer. Il en résulte dans certains cas un ensemble assez disparate. Nous en conclurons qu'il faut établir avec grand soin, à l'exemple de Hayem, le bilan de ce qui appartient dans toute gastropahie à chacun des syndromes classiques pour dépister les cas ambigus, à allures anormales.

Marche de la maladie. — Les symptômes ne permettant pas de porter le diagnostic ferme de syphilis de l'estomac, il faut élucider soigneusement l'histoire de la maladie actuelle et le passé pathologique du malade. Il faut se livrer à un examen attentif de tous les organes. C'est en faisant cette enquête intégrale qu'on pourra arriver souvent à changer les soupçons de spécificité en quasi-certitude.

L'histoire de la maladie révèlera souvent deux points intéressants. C'est en premier lieu la longue durée des troubles gastriques. Lorsque le malade vient consulter le médecin, il souffre souvent depuis deux ans, trois ans et plus. En second lieu, et ceci nous semble encore plus caractéristique, l'évolution de l'affection est dans bien des cas discontinue. Le malade signale plusieurs poussées. Dans l'intervalle de ces épisodes gastriques, il a joui pendant quelques mois, pendant quelques années même, d'un bien-être relatif ou d'une santé absolument parfaite. Cette lente évolution et ces rémissions prolongées ne sont pas communes dans le cancer. Elles devront toujours éveiller la pensée de la syphilis.

D'ailleurs celle-ci sera souvent, ou avouée ou évidente. Il est fréquent, au cours de la syphilis de l'estomac, d'observer des recrudescences d'activité du virus se traduisant par des accidents de tous ordres. La fréquence de ces poussées contemporaines des accidents stomacaux ne ressort peut être pas suffisamment à la lecture des observations de notre travail.

Nous croyons être tombé sur une série défavorable. En revoyant un plus grand nombre de cas, se rapportant à toutes les formes de la syphilis gastrique, nous avons trouvé une proportion de coïncidences plus considérable. Dans la moitié des cas environ, on trouve des lésions spécifiques en évolution.

Pour les cas cités par nous, les lésions concomitantes étaient les suivantes:

Observation I: micropolyadénite inguinale, ganglions épitrochléens.

Observation V : hémiparésie gauche, céphalées, embarras de la parole.

Observation VI: exostoses vertébrales.

Observation X: sarcocèle; langue ficelée, tabes au début.

Observation XVI: céphalées vespérales, syphilides ulcéro-croûteuses; gomme du sein.

Dans le cas de Hepp, où le malade avait été opéré, on vit se produire brusquement, six semaines après l'opération, une hémiplégie droite avec aphasie, et de l'albuminurie, qui furent guéries par le traitement spécifique.

Dans les cas les plus favorables, il sera possible de retrouver plusieurs épisodes analogues, c'est-à-dire plusieurs poussées de l'affection gastrique coïncidant avec des poussées dans d'autres parties de l'organisme. Le cas publié par Galliard dans son mémoire de 1886, en est le plus bel exemple: à trois reprises, les crises de dyspepsie et de gastralgie se produisirent en même temps que des syphilides cutanés; la troisième fois, on trouva en outre une glossite scléreuse.

On voit par la variété des accidents observés, combien l'examen doit être minutieux pour ne pas lais-

ser échapper un élément de diagnostic de premier ordre.

On examinera particulièrement la peau, le système nerveux, le squelette, et les muqueuses. On cherchera à obtenir l'aveu de la syphilis, ou mieux encore, on commencera par s'enquérir de tous les incidents pathologiques qui permettent de la suspecter ou de l'affirmer. La notion de troubles quelconques ayant cédé à une médication spécifique, mettra quelquefois sur la voie du diagnostic.

Enfin, on ne négligera jamais, quand on aura la bonne fortune d'être à portée d'un laboratoire, de faire pratiquer la réaction de Wassermann. Il ne nous appartient pas de discuter la confiance qu'on doit accorder à cette réaction. Mais nous croyons que dans une question complexe comme le diagnostic de la syphilis gastrique, où aucun des éléments d'appréciation n'a de valeur absolue, où une certitude approchée ne peut résulter que de la convergence des preuves, ce serait une faute de ne pas faire entrer en ligne de compte les résultats de l'analyse biologique.

Pour nous, nous admettrons comme très sûre, dans la limite où les faits médicaux peuvent l'être, la règle préconisée par Castaigne qui considère « dans la discussion de l'origine syphilitique des maladies viscérales chroniques, comme nettement spécifiques, les cas où il y a au moins deux ordres de preuves réunis: réaction biologique plus stigmates; réaction biologiques, plus résultats positifs de l'épreuve thérapeutique. » Nous ajouterons qu'entre des probabilités cliniques positives et un Wassermann négatif, le traitement d'épreuve jugera. En dernier ressort, il est le seul moyen de trancher la question. C'est de ce traitement qu'il nous reste à parler. Mais nous voulons auparavant dire quelques mots du pronostic de la syphilis gastrique pseudo-cancéreuse.

Chapitre V

PRONOSTIC

Le pronostic est mauvais. Dans bien des cas, il est le même que celui du cancer, et sa réalisation confirme dans son erreur le médecin qui a posé le diagnostic de cette dernière affection. Il est bien certain que les grands cachectiques dont nous parlions plus haut n'auraient pas résisté longtemps encore et que leur mort, dans un état aussi lamentable, aurait été mise sur le compte d'un néoplasme malin, avec les plus grandes apparences de vérité, si le traitement spécifique ne les avait ramenés à la vie. Combien de syphilitiques sont morts peut-être, persuadés et laissant leur médecin persuadé qu'ils avaient un cancer inopérable de l'estomac!

Avant que le malade soit arrivé à cette période extrême, il peut être emporté par une complication.

Parmi les cas réunis dans notre travail et diagnostiqués, nous n'en avons trouvé qu'un seul ayant eu une issue fatale par melœna incoercible. Mais toutes ces observations ne sont en somme que des constatations de guérisons ou d'améliorations par le traitement antisyphilitique. Il est bien probable que les cas ignorés et par suite non traités, comportent une mortalité plus considérable par accidents divers.

Enfin la syphilis gastrique, quand elle n'a pas par elle-même de dénouement mortel, peu encore être la

cause de lésions définitives de l'estomac. Nous voulons parler des scléroses et sténoses cicatricielles, pyloriques ou médio-gastriques, ces dernières aboutissant à la biloculation permanente. Ces modifications anatomiques entraînent des désordres fonctionnels, définitifs comme elles, et qui ne sont plus, à proprement parler de la syphilis. En conséquence, ils échappent à l'action de la thérapeutique spécifique, et sont du ressort du chirurgien.

La syphilis de l'estomac est-elle susceptible de régresser d'elle-même? Il n'est pas possible de fournir une réponse à cette question. Toutefois, on a signalé, au moins une fois à notre connaissance (Durand et Santy), la disparition d'une volumineuse tumeur stomacale après une simple gastro-entérostomie. Cette disparition fut spontanée, sans intervention du traitement spécifique. Les auteurs n'ayant même pas fait allusion à la syphilis, on ne peut tirer aucune conclusion de ce cas vraiment curieux.

Chapitre VI

TRAITEMENT

Nous avons déjà dit quelques mots de la valeur diagnostique du traitement. Elle est considérable, comme dans toute affection où la syphilis peut être mise en cause. Nous avons vu à quelles difficultés on se heurte pour asseoir un diagnostic de syphilis gastrique. Nous avons vu quelle est la relativité de la certitude qu'on peut acquérir en cette matière.

Toutes les preuves que nous avons énumérées constituent un faisceau qu'il nous paraît difficile de briser. Cependant on pourra toujours objecter la possibilité d'une lésion gastrique non syphilitique chez un malade entaché de vérole. A plus forte raison un diagnostic reposant sur une seule preuve sera-t-il tenu pour douteux.

L'efficacité de la thérapeutique spécifique fera tomber toutes les objections. Du moins c'est notre avis. Car, si étrange que la chose paraisse, la valeur de cette thérapeutique comme pierre de touche à été niée.

Citons d'abord Pater: « Nous ne pouvons, déclare-t-il, discuter tous ces cas (cas avec guérison ou amélioration par le traitement spécifique), parmi lesquels beaucoup sont fort sujets à caution; le diagnostic de syphilis ne saurait être posé ici de façon certaine puisque, les malades ayant guéri, le contrôle anatomique de leur lésion manque toujours. »

C'est être bien exigeant. Que devient la clinique si on lui dénie le droit de se prononcer, sans le secours du contrôle anatomique? Et puis, en matière de syphilis, y a-t-il des lésions histologiques tellement particulières que le doute ne soit pas permis à leur égard? Pater revient, il est vrai, un peu plus bas, sur son opinion trop absolue. Il dit: « Mais malgré tout, la plupart de ces observations présentent un intérêt réel, et si on peut mettre en doute la nature syphilitique de bien des cas où il s'agissait de signes d'ulcère avec ou sans hématémèses, du moins nous semble--il judicieux d'accepter comme excellentes les observations où on a pu noter sous l'influence du traitement spécifique, la disparition d'une tumeur, la cessation d'une sténose, la résurection véritable d'un malade condamné comme cancéreux, le tout non pendant quelques semaines, mais pendant des années et d'une façon réellement définitive. »

C'est très juste, mais pourquoi cette restriction à propos de l'ulcère ? Il y a des cas d'ulcères, guéris par le traitement mercuriel et de façon durable. La guérison persistait au bout de 40 ans dans un cas de Hayem.

De son côté, M. René Gaultier, dans une discussion à la Société de Thérapeutique, à propos de la syphilis gastrique, s'est élevé contre la prétendue fréquence de cette affection, et a ajouté: « De ce qu'un traitement anti-syphilitique institué chez un syphilitique améliore ces troubles dyspeptiques, faut-il en conclure que ceux-ci sont de nature syphilitique? Encore une fois, je ne le crois pas, c'est juger d'après le faux adage « post hoc, ergo propter hoc ».

Ainsi, une gastropathie dure depuis des années : tous les traitements ont été essayés sans succès. Un jour, en désespoir de cause, ou parce qu'on a constaté ailleurs des lésions significatives, ou parce que

le malade a avoué son infection syphilitique, ou parce que le Wassermann a été positif, on applique le traitement spécifique. Au bout de quelques jours, les troubles gastriques s'amendent; au bout de quelques semaines ils ont disparu et le malade revient à la santé. Tout cela ne prouve pas la nature syphilitique de la lésion. De quoi sommes-nous donc sûrs en clinique? De bien peu de chose, puisque nous sommes presque toujours obligés de nous en tenir au « post hoc, ergo propter hoc ». Toute la clinique consiste en définitive à observer des coïncidences et des successions de phénomènes. Ces coïncidences et ces successions prises isolément, n'ont pas de valeur. Mais leur répétition dans les mêmes circonstances équivaut à une série d'expériences et autorise à formuler des lois d'autant plus voisines de la vérité que le nombre des vérifications positives est plus grand. C'est le cas du rapport entre le traitement mercuriel par exemple et la guérison des lésions syphilitiques. Des millions d'observations attestent que ces lésions sont curables par le mercure. D'autre part, cette action curative du mercure ne se manifeste nettement que pour ces lésions. N'avons-nous pas le droit de conclure, avec une probabilité extrêmement grande, qu'une affection gastrique de cause ignorée qui guérit au cours d'un traitement mercuriel est de nature syphilitique?

Il n'est pas inutile d'insister sur cet point. Les notions qui paraissent le moins devoir prêter matière à la discussion, peuvent être battues en brèche et avoir besoin d'être défendues. Les exemples cités plus haut en fournissent la preuve. La conviction générale est en faveur du traitement d'essai et de son importance au point de vue du diagnostic de syphilis. Quelques opinions isolées ne peuvent entamer cette notion essentielle.

Comment faut-il appliquer le traitement?

Energiquement, afin qu'il donne le maximum d'effet dans le minimum de temps. Deux raisons imposent cette façon de faire.

En premier lieu, il s'agit de lésions syphilitiques réellement graves et qui peuvent, d'un instant à l'autre mettre en question l'existence du malade.

En second lieu, la médication étant instituée dans un but diagnostique autant que thérapeutique, il importe de restreindre le plus possible la durée de l'incertitude. Ce serait une faute d'agir avec pusillanimité, puisqu'on risque de prolonger ainsi le doute et de compromettre les intérêts vitaux du malade.

Au bout de combien de temps l'amélioration escomptée se produira-t-elle? Ce temps varie dans d'assez larges limites. Cependant, on peut établir qu'en règle générale, les symptômes graves: hématémèses, vomissements, crises douloureuses, s'améliorent et même disparaissent dans un délai très court sous l'influence du traitement. Ce délai peut n'être que de quelques jours. Rarement l'attente se prolonge au delà de deux semaines. Cette cessation brusque des troubles fonctionnels et la transformation rapide de l'état général qui lui est parallèle ont frappé tous les observateurs. La guérison anatomique demande un peu plus de temps: de quelques semaines à quelques mois. La radioscopie permet de la suivre pas à pas, mais dès le début du traitement, elle peut montrer des modifications morphologiques intéressantes.

En conséquence, toute gastropathie qui ne cède pas nettement aux médicaments spécifiques au bout de deux ou trois semaines de traitement vigoureux sera tenue, ou pour une syphilis ayant atteint le stade définitif de sclérose avec altération irrémédiable de l'organe, ou pour un cancer authentique. Dans l'un et l'autre cas, il ne faut pas s'entêter. Seul le chirur-

gien est capable d'apporter au malade la guérison ou tout au moins un appréciable soulagement.

Le choix de l'agent thérapeutique à employer : mercure ou arsenic, ne paraît pas avoir grande importance. La syphilis gastrique, nous venons de le voir, cède avec une docilité presque déconcertante aux traitements spécifiques. Et cette docilité se manifeste d'une façon à peu près égale avec le mercure, avec l'iodure, avec l'association iodure-mercure, avec l'hectine, avec le salvarsan et ses dérivés. Chacun se déterminera donc d'après son expérience personnelle. On tiendra compte de la situation de chaque malade pour apprécier l'opportunité de chaque traitement

L'administration par voie buccale du mercure et de l'iodure est presque toujours tolérée. Ce fait paradoxal avait surtout frappé les anciens observateurs qui prescrivaient le plus souvent les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Ce dernier, dont l'action sur l'estomac a la plus mauvaise réputation, calme les douleurs, arrête les vomissements et les hématémèses quand ces symptômes relèvent d'une syphilis gastrique. Actuellement le traitement de la syphilis par voie buccale n'est guère employé, et en tout cas, comme on ne saurait être trop prudent, on ne choisira pas cette voie. Cependant, il y aura lieu de se souvenir, en présence d'un malade atteint de syphilis de l'estomac, qui répugnerait aux piqûres, que cette voie est parfaitement utilisable, malgré les apparences.

CONCLUSIONS

I. La syphilis est fréquemment en cause dans l'étiologie des gastropathies chroniques.

II. La syphilis de l'estomac peut reproduire n'importe quel syndrome gastrique.

III. La syphilis peut, en particulier, donner lieu à un syndrome simulant le cancer de l'estomac.

IV A défaut d'un diagnostic de certitude, on pourra arriver à un diagnostic de probabilité très approché en recherchant les éléments suivants:

1° Les anomalies de la symptomatologie;

2° L'histoire de la maladie;

3° Les antécédents spécifiques du malade;

4° La coïncidence d'autres accidents syphilitiques;

5° La réaction de Wassermann.

V. Enfin, le traitement d'épreuve, qui devra être intensif, confirmera ou infirmera le diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

AZÉMAR et LACAPÈRE. — Trois cas de syphilis de l'estomac (*Paris-Médical*, 5 avril 1919.)

BARBIER. — Syphilis de l'estomac. (Thèse de Paris, 1904.)

BARD. — Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, janvier 1919).

BÉCLÈRE et BENSAUDE. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 mai 1911.

BENSAUDE et RIVET. — Syphilis de l'estomac. (*Presse Médicale*, 25 octobre 1919.)

BOURGET. — Les maladies de l'estomac.

BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.

CASTAIGNE. — *Journal Médical Français*, décembre 1918.

CASTAIGNE et AUBURTIN. — Les maladies de l'estomac et de l'œsophage. (*Collection du Livre du Médecin*).

CASTAIGNE et TRÉMOLIÈRES. — La syphilis. (*Collection du Livre du Médecin.*)

CORNIL. — Leçons sur la syphilis.

DIEULAFOY. — *Pathologie interne*, tome II.

DIEULAFOY. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu* (1898).

DUBUC. — *France Médicale* (1er juillet 1898).

DURAND et SANTY. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 7 mars 1911 (in *Lyon Médical* du 18 juin 1911).

ENRIQUEZ, LAFFITTE, BERGÉ et LAMY. — *Traité de Médecine*, (tome I).

FOURNIER — *Traité de la syphilis* (tome II, pp. 469 à 492).

GALLIARD. — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. (*Archives générales de médecine*, janv. 1886.)

GALLIARD. — Communication à l'Académie de Médecine (6 juin 1911).

GALLIARD et MENDELSSOHN. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (16 mai 1919).

GOUZOT. — Contribution à l'étude des maladies syphilitiques de l'estomac. (Thèse de Bordeaux, 1886.)

HAUSSMANN. — (Résumé in *Presse Médicale*, du 24 juin 1911).

HAYEM. — De la syphilis stomacale. (*Presse Médicale* du 18 février 1905).

HAYEM. — *Presse Médicale*, du 2 mai 1906.

HAYEM et LION. — Maladies de l'estomac. (*Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel et Gilbert. tome IV.)

HEPP. — *Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris* (23 février 1911.)

LACAPÈRE. — *Presse Médicale*, du 3 juillet 1919.

LETULLE. — Les laissés-pour-compte de la médecine de guerre. (*Presse Médicale* du 26 juin 1919.)

LEVEN. — *Société de Thérapeutique* (27 avril et 12 octotobre 1910.)

— IX[e] Congrès français de médecine (13-15 octobre 1910).

— La syphilis gastrique, sa fréquence méconnue en clinique. (*Société de Thérapeutique*, 11 juin 1913.)

LEVEN et BARRET. — *Société de radiologie* (11 janvier 1910 et 14 mai 1912)

LEVEN et BARRET. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (25 février 1910).

LEVEN et REGNARD. — Une forme de syphilis gastrique traitée et guérie. (*Société de Thérapeutique* (12 juin 1912).

NATHAN. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (24 juin 1910).

PATER. — Sur la syphilis de l'estomac. (Thèse de Paris, 1907).

PRON. — Le traitement des maladies de l'estomac en clientèle.

PRON. — Traité clinique des maladies de l'estomac.

SÉLÉNEW. — Analyse in *Presse Médicale* du 21 septembre 1912.

SOUPAULT. — *Traité des maladies de l'estomac.*

DE SOUSA BABO. — Quelques observations de gastropahies syphilitiques. (Résumé in *Presse Médicale* du 9 juin 1919.)

SPILLMANN (L.). — Pourquoi faut-il toujours penser à la syphilis ? (*Province Médicale*, 6 août 1910).

Vu : *Le Président de la Thèse,*
V. GILLOT.

Vu : Pour le Doyen,
L'Assesseur :
J. HERAIL.

Vu et permis d'imprimer.
Alger, le 29 juin 1920,
Le Recteur :
E. ARDAILLON.